

Suicidalität bei Alkoholismus

Untersuchungen an Patienten mit erster klinischer Einweisung
nach dem 30. Lebensjahr

von

Anastasios Charitantis

aus

Thessaloniki/Griechenland

*Diss. Erlangen
1904*

1984 P 200



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus dem Nervenkrankenhaus
des Regierungsbezirks Oberfranken in Bayreuth
Direktor: Professor Dr. F. BÖCKER

Suicidalität bei Alkoholismus

Untersuchungen an Patienten mit erster klinischer Einweisung
nach dem 30. Lebensjahr

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich - Alexander - Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von

Anastasios Charitantis
aus
Thessaloniki/Griechenland

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan: Prof. Dr. F. Wolf
Referent: Prof. Dr. F. Böcker
Korreferent: Prof. Dr. E. Lungershausen
Tag der mündlichen Prüfung: 20.03.1984

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. FELIX BÖCKER für die Übertragung des Themas und die Beratung bei der Durchführung der Arbeit.

Herrn Priv.Do. Dr. J. BENOS danke ich für seine freundliche Unterstützung.

Durch Unterstützung in Fragen der statistischen Auswertung leistete Herr Dipl.-Psych. P. PICKEL wertvolle Hilfe.

Für die Auswertung der Testpsychologie danke ich Fräulein M. DANIEL p.p. Assistentin an der Nervenklinik der Universität Erlangen - Nürnberg.

Dankbar bin ich auch meiner Frau und Kollegin für die ständige enge Zusammenarbeit während unserer Untersuchungen in der von ihr geleiteten Sucht-Krankenstation des Nervenkrankenhauses Bayreuth.

Frau G. ALTMANN danke ich für die Ausfertigung der Reinschrift.

Zum Gedenken
an meinen Vater

Dr. Dr. phil. rer. nat. der Universität Berlin
Ordinarius an der Naturwissenschaftlichen
Fakultät der Aristoteles Universität von
Thessaloniki

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	1
2. Zur Durchführung der Untersuchung	11
3. Ergebnisse	17
3.1. Grundauszählung	17
3.1.1. Geschlecht und Alter	17
3.1.2. Soziologische Daten	20
3.1.3. Alkoholismusrelevante Merkmale	38
3.1.4. Suicidalitätsfaktoren	45
3.1.5. Ergebnisse der Tests und Fragebogen	54
3.2. Bedingungsfaktoren der Suicidalität	57
4. Diskussion	81
5. Zusammenfassung	92
6. Literaturverzeichnis	93

1. Einleitung

=====

Die Zahl der Suicidhandlungen ist in den letzten Jahren kontinuierlich angewachsen. Laut einer Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in 25 Ländern mit insgesamt 400.000.000 Menschen sterben pro Jahr durchschnittlich etwa 18 - 20 Menschen auf 100.000 Einwohner durch die eigene Hand. Man kann demnach davon ausgehen, daß sich täglich ca. 1.000 Menschen in der Welt das Leben nehmen, d.h. fast jede 2. Minute stirbt ein Mensch durch Selbstmord, etwa 1/2 Million Menschen pro Jahr (BIENER (2)).

Bei Suicidversuchen ist dagegen eine exakte Zahlenangabe so gut wie unmöglich, so daß wegen der hohen Dunkelziffern lediglich statistische Schätzungen möglich werden. Manche Autoren geben an, daß ca. 5 - 6 Suicidversuche auf jeden Suicid kommen, andere vermuten, daß das Verhältnis zwischen Suicid und Suicidversuch etwa 1 : 10 beträgt (LUNGERSHAUSEN (23)), sowie (BIENER (2)). Obwohl, wie interkulturelle Vergleiche belegen, die Selbsttötung oder Selbsttötungsversuche in fast allen Ländern anzutreffen sind und in fast allen gesellschaftlichen Schichten und Formen beobachtet werden, gibt es kaum eine andere menschliche Handlung, die unterschiedlichste Bewertungen im Laufe der Menschheitsgeschichte erfahren hat, wie der Selbstmord. Schon in der Antike herrschten unterschiedliche Auffassungen darüber, ob der Mensch das Recht besitze, freiwillig aus dem Leben zu

scheiden. Prinzipiell sprach sich Platon gegen die Selbsttötung aus und gestattete sie nur in Ausnahmefällen (SIMSON (30)).

Andere philosophischen Richtungen, z.B. die Stoiker sahen in der Selbsttötung eine zulässige Möglichkeit des bewußten Sterbens und höchsten Ausdruck persönlicher Freiheit. Unter dem Einfluß des Christentums und während des Mittelalters galt dann die Selbsttötung als verwerflich. Lange Zeit hindurch und durch den Einfluß des christlich - abendländischen Weltbildes (BÖCKER (3)) ist der Selbstmord und auch der Selbstmordversuch als schwere Sünde angesehen worden. Somit wird erklärbar, daß der Suicid in England noch bis 1961 ein Verbrechen darstellte und streng bestraft wurde (DAVIDSON & O'NEALE (10)), (BIENER (2)).

Den Forschungsbemühungen der modernen Psychiatrie ist es zu verdanken, daß mehrere Erklärungsansätze und wichtige Ergebnisse bereitgestellt werden konnten, um das komplexe Phänomen suicidalen Handlungen besser verstehen zu können. Zu folgenden Themenbereichen liegen eine Fülle von Untersuchungen vor:

- Über die Höhe der Suicidrate in verschiedenen Ländern
- Über geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit und Art der Selbsttötung
- Über die Bedeutung des sozialen Umfeldes (Familie, Ehe, Partnerschaft) für das Ausmaß der Suicidgefährdung

- Über die Bedeutung psychischer Erkrankungen, Störbilder oder Leidenszustände als Auslöser suicidaler Handlungen.

Nach BÖCKER (3) haben erste Fortschritte innerhalb der Psychiatrie erkennen lassen, daß der Suicid oftmals eine Krankheitsfolge ist. Der Autor ist weiterhin der Meinung, daß beim gegenwärtigen Stand der Forschung anzunehmen ist, daß vorwiegend schwere seelische Erkrankungen zur Selbsttötung führen. Auch LUNGERSHAUSEN (23) macht deutlich, daß im Falle gelungener Suicide als Motive besonders endogene Psychosen, speziell endogene Depressionen, Bedeutung besitzen. Ebenso berichtet HUBER (20), daß mehr als die Hälfte aller Suicide von psychisch Kranken (bei Schizophrenien und Zylothymien, Sucht und organischen Psychosyndromen) durchgeführt werden.

Die Mehrzahl der Suicidversuche stehen dem gegenüber eher in Zusammenhang mit depressiven Reaktionen, mit Lebensschwierigkeiten, Krisen und akuten Konflikten. In diesem Zusammenhang gibt LUNGERSHAUSEN (23) zu bedenken, daß eine Suicidhandlung kein punktuellles Ereignis darstelle, dem nur ein einziges Motiv zugrunde liege und sich somit auf eine Ursache zurückführen ließe.

Neben soziokulturellen Faktoren sind weiterhin persönlichkeitsgebundene Faktoren, besonders jene Wesensmerkmale zu erwähnen, die stimmungslabilen und sensitiven Primärpersönlichkeiten eigen sind, die eher zu suicidalen Handlungen neigen als andere. Letztlich müssen biographische und situative Faktoren bei der Erklärung suicidaler Handlungen mit berücksichtigt werden; besondere

Beachtung kommt dabei den gestörten Familienverhältnissen zu. Allgemein kann nämlich angenommen werden, daß durch eine feste Einbettung in ein intaktes Beziehungsgefüge (z.B. Familie, Partnerschaft) der sozialen Isolierung und damit dem Auftreten suicidalen Tendenzen entgegengewirkt wird. Aus dem oben gesagten wird deutlich, daß eine geschlossene Theorie des Selbstmordes innerhalb der Psychiatrie (noch) nicht existiert. So sieht RINGEL (26) jede Selbstmordhandlung als den Endpunkt einer krankhaften Entwicklung an, als Ausbruch einer "Neurose der Lebensgestaltung". Der Autor postuliert eine zur Selbstvernichtung hinführende Disposition. Besonders frühe Kindheitserlebnisse, Verlust der Mutter und zerrüttete Familienverhältnisse seien für das Zustandekommen dieser Disposition verantwortlich. In späteren Jahren können sich dann körperliche Krankheiten, berufliche Mißerfolge oder eine gescheiterte Ehe negativ auswirken. Große Bedeutung zur Ausbildung selbstzerstörerischer Tendenzen komme der Angst zu. Letztlich werde sich, bei dazu disponierten Menschen, das sogenannte "präsuicidale Syndrom" herausbilden, daß sich aus 3 Bausteinen zusammensetzt:

1. Die Einengung

d.h. passiver Rückzug auf sich selbst und Entwicklung von Gefühlen der Einsamkeit, Sinnlosigkeit und Ausweglosigkeit.

2. Die gehemmte, gegen die eigene Person gerichtete Aggression.

3. Der Selbstmord bzw. Todesphantasien

d.h. Flucht in die Irrealität und letztlich die Selbstvernichtungshandlungen.

Die häufig vertretende Auffassung, daß einer jeden Selbstmordhandlung die Tendenz der Auto-destruktion zugrunde liege, ist erstmals von STENGEL (34) angezweifelt worden. Neben der auto-aggressiven Tendenz (vgl. FREUD) spricht STENGEL dem Selbstmord auch eine Appellfunktion zu. Er ist der Auffassung, daß eine jede Selbstmordhandlung immer auch einen "Schrei nach Hilfe" darstelle, der sich an die Umwelt richte. Der Suicidant sei nach STENGEL in einer ambivalenten Situation, er wolle weder leben noch sterben, sondern beides zugleich. In der Literatur wurde den beiden Tendenzen der Autoaggression und der Appellfunktion noch eine 3. Tendenz gegenübergestellt, die der Zäsur (vgl. FEUERLEIN (14)), d.h. der Wunsch nach vorübergehender Unterbrechung des Lebensweges. Hierbei handelt es sich nicht um eine Flucht aus dem Leben, sondern um eine Fortsetzung des Lebens von einer anderen Ebene aus. Da Selbstmordhandlungen, wie bereits erwähnt, sehr komplexer Natur sind, sind meist alle 3 Intentionen, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung, beteiligt.

Ein weiterer Ansatz, das Syndrom Suicidalität einzugrenzen besteht darin, bestimmte Risikogruppen herauszuarbeiten, denen meist spezielle Krankheitsbilder zugrunde liegen, so daß ausgehend von der Erkrankung zu ermitteln ist, wie häufig das Syndrom Suicidalität in Erscheinung tritt. FEUERLEIN (14) nennt insgesamt 13 selbstmordgefährdete Personengruppen. Angeführt wird diese Auflistung von der depressiven Patientengruppe, aber bereits an 5. Stelle in der Rangreihe

stehen Alkoholranke und andere Süchtige.

FEUERLEIN (14) betont somit, daß vor allem Alkoholiker und sonstige Süchtige ein wesentlich höheres Selbstmordrisiko aufweisen als Normalpersonen.

Auch BOESTEN (7) konnte feststellen, daß neben den Depressiven, die mit rund 50% die stärkste Risikogruppe darstellen, an 2. Stelle mit 25 % direkt alkoholranke Menschen stehen, bei denen der Suicid die 2. häufigste Todesursache darstellt.

Daß Alkoholismus, Suicidversuch und Suicid in engem Zusammenhang stehen, wird daraus ersichtlich, daß bei klinisch behandelten Alkoholikern in 21 % der Fälle Selbstmordversuche registriert worden sind. Nach BIENER (2) erfolgt 1/3 aller Selbstmordversuche unter Alkoholeinfluß.

HUBER (20) gelangt zu ähnlichen Ergebnissen.

Auch BÖCKER (6) ist der Meinung, daß schon seit langer Zeit als gesichert anzusehen ist, daß eine große Zahl der Menschen, die durch Suicid ums Leben gekommen sind, an Alkoholismus erkrankt waren, etwa 20 % der Männer und 5 % der Frauen.

Bei überlebten Suicidversuchen fanden sich nach, BÖCKER (6) in etwa die gleiche Anzahl an männlichen und weiblichen Alkoholkranken. Da aber eine stetige Zunahme der Alkoholkrankheit in den letzten Jahren zu verzeichnen ist, müssen diese Werte zum heutigen Zeitpunkt eher höher eingeschätzt werden. Selbst bei vorsichtiger Schätzung ist heute anzunehmen, daß unter den 14.000 registrierten Selbstmordtoten des Jahres 1979 etwa 2.500 - 3.000 an Alkoholismus erkrankt waren. Die Zahl der Selbstmordversuche, die von Alkoholkranken

durchgeführt werden, muß erheblich höher eingeschätzt werden und könnte etwa bei 20.000 - 25.000 pro Jahr liegen. BÖCKER konnte zeigen, daß mindestens jeder 2. Alkoholkranke demnach in einer akuten oder latenten Gefahr der Selbstvernichtung steht. Diese gravierenden Zahlen lassen eine nähere Erörterung der Bedingungen des Suicidverhaltens bei Alkoholkranken um so dringlicher erscheinen.

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind Alkoholiker "exzessive Trinker", deren Abhängigkeit vom Alkohol ein solches Ausmaß erreicht hat, daß sie eine deutliche psychische Störung oder eine Beeinträchtigung ihrer geistigen und körperlichen Gesundheit, ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen und ihres sozialen und wirtschaftlichen Zurechtkommens oder prodromale Anzeichen für eine derartige Entwicklung aufweisen. Einer der wesentlichsten Punkte dieser Definition lautet, daß "die Kontrolle über den Konsum des Getränkes verlorengegangen ist, und daß sich der Konsum zerstörerisch auf das Leben des Individuums auswirkt." Demnach beginnt der Alkoholismus mit dem "nicht Aufhören können", mit dem Kontrollverlust (vgl. JELLINEK). Befindet sich der Trinker in diesem Stadium, muß man von einer Suchtkrankheit sprechen. Insofern versteht auch JELLINEK unter Alkoholismus jeglichen Gebrauch von alkoholischen Getränken, der dem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden Schaden zufügt. Auch RUCH und ZIMBARDO (28) sehen in dem Alkoholismus eine der gefährlichsten Suchtformen, sowohl was sein Vorkommen als auch seine Auswirkung betrifft. Daher muß

der Alkoholismus als das zunehmend größte Suchtproblem in der heutigen Zeit angesehen werden. Allein in der BRD wird die Zahl der Alkoholkranken gegenwärtig auf etwa 1,5 Millionen geschätzt, diesen Angaben steht aber eine große Dunkelziffer gegenüber, denn Alkoholismus wird häufig nicht erkannt, auch vom Arzt in vielen Fällen übersehen. Denn viele Patienten sprechen beim Arzt nicht von ihrem Alkoholabusus, manche verharmlosen, andere leugnen gar ihre Abhängigkeit, selbst wenn sie direkt daraufhin angesprochen werden. Somit stellen sich dem Arzt in diagnostischer Hinsicht große Probleme, besonders bei dem Erkennen selbstgefährdeter Einzelpersonen und im Hinblick auf eine erfolgreiche Suicidprophylaxe (BÖCKER (4)) bei alkoholkranken Menschen. Diese Aufgabe erscheint um so schwerer, da die Forschung bislang den exakten Nachweis einer Alkoholikerpersönlichkeit nicht erbringen konnte. Allgemein formuliert SCHNEIDER (31) diesen Sachverhalt so: "Es gibt keine ausgesprochene Alkoholiker-Persönlichkeit, die jemanden dazu prädestiniert, suchtmittelabhängig zu werden." Um die Frage zu beantworten, ob die festgestellten Persönlichkeitsmerkmale Ursache oder Folge der Abhängigkeit sind, sind aufwendige Längsschnittstudien erforderlich, die die Persönlichkeitsentwicklung späterer Alkoholiker von ihren Anfängen bis zum Ausbruch der Erkrankung systematisch untersuchen. Nach DAVIDSON und O'NEALE (10) finden sich bei solchen Studien charakteristische Eigenschaften bei jenen Jugendlichen, die später Trinkprobleme aufweisen: z.B. nicht kontrollierte Impulsivität, Extravertiertheit, Betonung der Männlichkeit;

gegenüber Normalpersonen zeigten sich geringere Produktivität, größere Unruhe und Empfindlichkeit und eine geringere Beeinflußbarkeit durch gegebene soziale Bedingungen. Auch HUBER (20) beschreibt charakteristische Merkmale, die der Primärpersönlichkeit des Alkoholikers eigen sind: So findet man bei Alkoholikern bestimmte Persönlichkeitsvarianten, z.B. depressive, asthenische, selbstunsichere, stimmungslabile, aber auch hyperthyme Persönlichkeiten. Auch findet man nach HUBER (20) bei Alkoholikern und deren Verwandten eine Anhäufung von Psychopathien. Demnach ist der Alkoholismus das Symptom einer psychopathischen, erlebnisreaktiven oder neurotischen Entwicklung. Um dieses Phänomen adäquat beschreiben zu können, erscheint nach HUBER (20) die Annahme einer multifaktoriellen Pathogenese sinnvoll zu sein. Neben genetisch bedingten Enzym- und Stoffwechselstörungen werden Persönlichkeitsdispositionen, epochale, soziokulturelle und sogar zeittypische Einflüsse zur Erklärung des Alkoholismus herangezogen. Wenn auch innerhalb der Psychiatrie die Erforschung der Alkoholkrankheit schon bedeutende Erkenntnisse erbrachte -erwähnt sei z.B. die wichtige Untersuchung des amerikanischen Psychiaters JELLINEK, der insgesamt 5 Typen des Alkoholismus (Alpha, Beta, Gamma, Delta und Epsilon -Typ) finden konnte - so sind Zusammenhänge zwischen Suizidalität und Alkoholkrankung noch vielfach ungeklärt. Eine detaillierte Erörterung der Bedingungen des Suizidverhaltens bei Alkoholkranken fehlt bis heute fast völlig, genauere Untersuchungen zu diesem Themenbereich sind relativ selten. Eine wichtige Fragestellung wäre, ob eher krankheitsimmanente,

krankheitsbegleitende oder krankheitsunabhängige Faktoren bei den Alkoholkranken die Entstehung von Suicidtendenzen fördern könnten.

Um diese Fragen zu beantworten, haben wir insgesamt 100 Patienten untersucht und in zwei Gruppen aufgeteilt. Diese Arbeit beschränkt sich dabei auf Untersuchungen an Patienten mit erster klinischer Einweisung nach dem 30. Lebensjahr. Sie dient weiter der Abgrenzung zu der Arbeit von Th.

CHARITANTIS (9), einer parallelen Erhebung an Patienten mit erster klinischer Einweisung vor dem 30. Lebensjahr. Diese Zweiteilung der Fragestellung (erste klinische Einweisung vor bzw. nach dem 30. Lebensjahr) ist aus folgenden Überlegungen heraus durchgeführt worden:

1. Es ist zu vermuten, daß jene Patienten, die zu einem relativ frühen Zeitpunkt klinisch auffällig werden (1. Einweisung vor dem 30. Lebensjahr), sich von solchen Alkoholkranken unterscheiden, deren Erkrankung erst später diagnostiziert und erkannt worden ist (1. klinische Einweisung nach dem 30. Lebensjahr).
2. Weiterhin ist denkbar, daß sich beide Patientengruppen hinsichtlich ihrer Suicidgefährdung unterscheiden.
3. Letztlich muß angenommen werden, daß sich beide Gruppen hinsichtlich ihrer Suicidentwicklung (Dauer der Suchtkarriere) unterscheiden.

2. Zur Durchführung der Untersuchung

=====

Insgesamt sind 50 Patienten untersucht worden, die erstmals nach dem 30. Lebensjahr wegen ihrer Alkoholerkrankung stationär behandelt wurden.

Folgende differentialdiagnostische Kriterien sind bei der Auswahl der Patienten zugrunde gelegt worden:

1. Solche Patienten wurden in die Untersuchung mit einbezogen, die angaben, mehrere Jahre lang Alkoholmißbrauch betrieben zu haben, die über Kontrollverlust nach Trinkbeginn berichteten oder unfähig waren, ein abstinentes Leben zu führen.
2. Weiterhin jene Patienten, die während der Entgiftungsphase an deutlicher Entzugssymptomatik litten.
3. Ebenso solche Personen, bei denen eine Auffälligkeit der Leberfunktionswerte (Transaminasen, besonders Gamma-GT) anfänglich zu beobachten waren.

Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich von Oktober 1979 - Juni 1980. In dieser Zeit wurden alle neu aufgenommenen Patienten, die den obigen Kriterien entsprachen, im Nervenkrankenhaus Bayreuth von dem Verfasser untersucht. Die Patienten wurden um ihre Mitarbeit gebeten und über Sinn und Zweck der Untersuchung informiert.

Nach Abklingen der Entzugssymptomatik sind alle Patienten exploriert worden. Zur testdiagnostischen Absicherung sind den Patienten anschließend jeweils 3 Fragebögen vorgelegt worden. Obwohl die Exploration in einem freien, unstrukturierten Gespräch stattfand, sind dennoch zuvor wichtige Punkte zu einem Explorationsleitfaden zusammengestellt worden, so daß auch ein Ansprechen wichtiger Teilaspekte gezielt möglich war.

Folgende Kriterien sind dem Explorationsschema zugrunde gelegt worden:

1. Erfassung biographischer Daten
(Alter, Geschlecht usw.)
2. Daten aus der Eigenanamnese
(Familienstand, Bildung, Beruf, sozialer Status, zwischeneheliche Beziehung, familiäre Schwierigkeiten, weltanschaulicher Hintergrund, Hobbies, Freundeskreis)
3. Daten aus der Sozialanamnese
(Beruf der Eltern, zwischenelterliche Beziehung, Eltern - Kind - Beziehung, Alkoholmißbrauch in der Herkunftsfamilie, Suicide oder Suicidversuche und suicidale Tendenzen bei Angehörigen)
4. Daten aus der Alkoholanamnese
(z.B. Abususbeginn und Abususdauer)
5. Daten aus der Suicidanamnese
(z.B. subjektive Beurteilung der Suicidtendenzen oder -versuche)

Entsprechend der jeweiligen Suicidneigung wurden die Patienten insgesamt 3 Kategorien zugeordnet:

- I. Patienten ohne Suicidtendenzen *
- II. Patienten mit Suicidtendenzen und -gedanken
- III. Patienten mit Suicidversuchen

6. Daten aus den testdiagnostischen Meßverfahren

a- "Sind sie Alkoholiker?"

Fragenbogen nach einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von E.M. JELLINEK, um die Stadien des Alkoholismus feststellen zu können.

Grob lassen sich aufgrund dieses Fragebogens 3 Stadien der Alkoholabhängigkeit erfassen:

- 1. Prodromalphase
- 2. Kritische Phase
- 3. Chronische Phase

Dieses Verfahren soll dazu dienen, die untersuchten Alkoholiker in leichte, schwierige und schwere Krankheitsformen einteilen zu können.

* ohne Suicidtendenzen = ohne erkennbare Suicidtendenzen

b. Die Erlanger Depressions-Skala (EDS)

Nach der Auswertung dieses Verfahrens erhält man neben dem Gesamtwert jeweils 2 Faktoren, wobei der eine Faktor als "depressive Verstimmung", der andere als "Einschränkung der Expansivität in der Umwelt" interpretiert wird. Dieser Test zeichnet sich durch ein hohes Maß an Ökonomie aus. Es sind nämlich nur lediglich 9 Fragen zu beantworten und auszuwerten, die eine Grobeinschätzung der depressiven Grundstimmung ermöglichen. Umfangreiche Erfahrungen mit dieser Skala liegen allerdings bisher nur bei endogenen Depressiven vor.

c. Mehrfach Wortschatztest (MWT - B - Test)

Dieses Testverfahren dient der Erfassung des allgemeinen Intelligenzniveaus und ist in der Abteilung für Psychopathometrie der Universitäts-Nervenlinik Erlangen entwickelt worden. Auch hier liegen die Vorteile dieses Verfahrens zum einen in der ökonomischen Durchführbarkeit (z.B. geringe Testzeit) und Auswertung. Weiterhin wird der Test von seelisch geistigen Störungen nur geringfügig beeinflusst. Wie gezeigt werden konnte, korrelieren die Ergebnisse dieses Meßinstruments gut mit den Werten weit aufwendigerer Intelligenztests. Allerdings muß erwähnt werden, daß die Ergebnisse im MWT - B in der Regel etwas höher ausfallen können, als das bei ähnlichen Meßinstrumenten der Fall wäre.

Die Darstellung und Interpretation der gefundenen Ergebnisse sollen in 2 Abschnitte unterteilt werden.

Vorerst werden in der Grundauszählung mit Hilfe von absoluten und relativen Häufigkeitstabellen (Prozentwerten) alle wichtigen Ergebnisse unserer untersuchten Patienten beschrieben und analysiert. Folgende Einteilung wurde dem Datenmaterial dabei zugrunde gelegt:

1. Alter und Geschlecht
2. Soziologische Daten
3. Alkoholismusrelevante Merkmale
4. Suicidalitätsfaktoren
5. Ergebnisse der Tests und Fragebögen.

Im 2. Abschnitt sollen dann jene Faktoren genauer untersucht werden, die als wichtige Bedingungsvariablen der Suicidalität bei Alkoholismus angesehen werden können. Dabei wird das zu untersuchende Merkmal "Suicidalität" in 3 Kategorien eingeteilt. Die Patienten werden entsprechend der jeweiligen Suicidneigung einer der 3 Kategorien zugeordnet. Man erhält auf diese Weise, die oben bereits beschriebenen 3 Untersuchungsgruppen:

G 1 = Alkoholiker ohne Suicidendenzen *

G 2 = Alkoholiker mit Suicidgedanken

G 3 = Alkoholiker mit Suicidversuchen

* Ohne Suicidendenzen = ohne erkennbare Suicidendenzen

Auftretende Zusammenhänge werden mit Hilfe eines nonparametrischen, statistischen Verfahren dem χ^2 - Test, auf Signifikanz geprüft. Dieses statistische Verfahren dient dazu, Häufigkeitsunterschiede im Auftreten bestimmter Merkmale bzw. Merkmalskombinationen zu analysieren (vgl. BORZ (8)) und findet in jenen Fällen Anwendung, wo dem Untersuchungsmaterial Nominaldaten zugrunde liegen. Somit läßt sich bei dem Vergleich der Häufigkeiten von zwei oder mehrfach gestuften Merkmalen der χ^2 - Wert nach folgender Formel berechnen:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \quad df = (r-1); (k-1)$$

In der Regel erfolgt die Signifikanzprüfung hierbei auf dem 5 % - Niveau, d.h. signifikante Ergebnisse werden mit 95%iger Wahrscheinlichkeit als gesicherte Aussagen angesehen. Für den Fall, daß bei bestimmten Merkmalskombinationen Ausprägungen gleich "0", oder mehrere Erwartungswerte kleiner "5" waren (Voraussetzungen für die Berechnung des χ^2 -Tests), wurde als Alternative der KULLBACK - Test herangezogen. Er läßt sich nach folgender Formel berechnen:

$$2I = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k (2f_{ij} \ln f_{ij} + 2N \ln N) - \left(\sum_{i=1}^r 2f_i \ln f_i + \sum_{j=1}^k 2f_j \ln f_j \right)$$

$$2I = K_1 - K_2$$

3. Ergebnisse

=====

Wie bereits erwähnt wird im ersten Abschnitt dieses Kapitels mit Hilfe von absoluten und relativen Häufigkeitsverteilungen (Prozentwerte) ein allgemeiner Überblick über die vorliegende Untersuchungsgruppe, über wichtige demographische und soziologische Merkmale, sowie über wichtige Faktoren des Alkoholismus und der Suicidalität vermittelt.

Anschließend sollen Signifikanzprüfungen Aufschluß über grundlegende Bedingungsfaktoren der Suicidalität bei Alkoholkranken geben.

3.1. Grundauszählung

3.1.1. Geschlecht und Alter

Tabelle 1: Geschlecht

Geschlecht	Anzahl	Prozent
männlich	27	54 %
weiblich	23	46 %
zusammen	50	100 %

Von den insgesamt 50 untersuchten Patienten waren 27 (54 %) männlichen Geschlechts und 23 (46 %) weiblichen Geschlechts (s.Tab.1). Das Verhältnis zwischen den alkoholabhängigen Männern und Frauen mag in dieser Ausprägung nicht als repräsentativ

bezogen auf die Gesamtgruppe der Alkoholiker in der Bundesrepublik Deutschland, gewertet werden. Das Ergebnis macht aber deutlich, daß gerade der Frauenalkoholismus stark angestiegen ist. HUBER (20) sowie der Enquête-Bericht gehen davon aus, daß der Anteil der suchtkranken Frauen in der Bundesrepublik etwa 20 % betrage, und somit ein Verhältnis von 1 : 5 zu erwarten gewesen wäre. RIETH (25) weist dagegen darauf hin, daß in der Suchtabteilung der Universitäts-Nervenklinik Tübingen 1975, suchtkranke Männer und Frauen bereits ein Verhältnis von 2 : 1 aufwiesen. Im psychiatrischen Landeskrankenhaus Zweifalten sei sogar ein Verhältnis von 1 : 1 beobachtet worden. Die von RIETH (25) referierten Werte zusammen mit unseren Ergebnissen könnten als Indiz für den ansteigenden Alkoholismus bei Frauen gewertet werden.

Abbildung 1 Altersverteilung der männlichen Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung

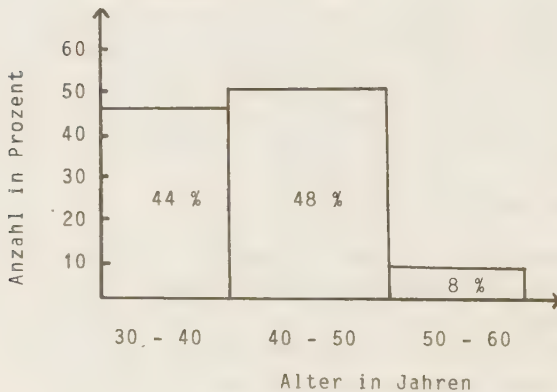
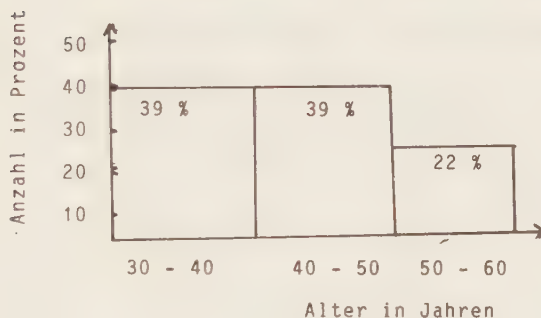


Abbildung 2 Altersverteilung der weiblichen Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung



92 % der männlichen Patienten waren zwischen 30 und 50 Jahre alt. Auch die Mehrzahl der untersuchten alkoholkranken Frauen (78 %) lagen in dem Altersbereich von 30 - 50 Jahren. Weder bei den Männern noch bei den Frauen war jemand älter als 60 Jahre (s. Abb. 1 und 2).

3.1.2. Soziologische Daten

Tabelle 2: Einweisungsmodus

Einweisungs- modus	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Freiwillig	23	85 %	21	92 %	44	88 %
Pflegschaft o. Vormundschaft	0	-	1	4 %	1	2 %
vorläufige Verwahrung	4	15 %	1	4 %	5	10 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Wenn man den Einweisungsmodus zugrunde legt, waren insgesamt 88 % der von uns untersuchten Patienten freiwillig in die Klinik gekommen. (Tab. 2)

Ein geringfügiger Unterschied ist im Vergleich von Männern und Frauen festzustellen: Bei den männlichen Patienten befanden sich von 27 immerhin 4, also 15 %, aufgrund vorläufiger Verwahrung auf der Station, bei den Frauen stand 1 unter Vormundschaft und 1 unter vorläufiger Verwahrung.

Die "nicht Freiwilligen" befanden sich auf der geschlossenen Abteilung und wurden nach dem Kriterium der Befragungswilligkeit und Offenheit ausgesucht. Insgesamt kann bei dem großen Anteil der Freiwilligkeit tendenziell davon ausgegangen werden, daß sich dieser Faktor positiv auf die Behandlungswilligkeit und Befragungsmotivation auswirkt.

Tabelle 3: Familienstand

Familien- stand	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ledig	5	19 %	4	18 %	9	18 %
verheiratet	16	59 %	14	60 %	30	60 %
verwitwet	2	7 %	1	4 %	3	6 %
geschieden	3	11 %	4	18 %	7	14 %
getrennt lebend	1	4 %	0	-	1	2 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

In der Alkoholismusforschung stellt der Faktor "Partnerschaft" und "Beziehung" einen bedeuten- den Faktor dar. Das Eingebundensein in ein sozi- ales Stützsystem, wie die Familie oder Ehe, kann als wesentlicher Stabilisierungsfaktor betrachtet werden.

In unserer Untersuchung ergab sich, daß über die Hälfte der männlichen Patienten, nämlich 59 % und sogar 60 % der weiblichen Patienten ver- heiratet waren (Tab. 3).

Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zu den Ergebnissen der Arbeit von Th. CHARITANTIS (9), die Patienten untersuchte, deren 1. klinische Einweisung wegen Alkoholismus vor dem 30. Lebens- jahr erfolgte:

Hier war bei den Männern der Anteil der verheirateten wesentlich geringer, er lag nämlich bei 35 %, der Anteil der ledigen dagegen lag bei 53 %. Doch obwohl bei unseren Patienten mit erster klinischer Einweisung wegen Alkoholismus nach dem 30. Lebensjahr mit insgesamt 60 % über die Hälfte verheiratet waren, ist dennoch sehr beachtlich, daß es ja immerhin 40 % waren, die alleine standen, nämlich 18 % waren ledig, 14 % geschieden, 6 % verwitwet und 2 % getrennt lebend.

Dieser Anteil ist wesentlich höher als es in der Gesamtbevölkerung durchschnittlich der Fall ist.

Tabelle 4: Höchster Schulabschluß

Höchster Schul- abschluß	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Volksschule	3	11 %	5	22 %	8	16 %
Fachschule/ Berufsschule	21	78 %	15	65 %	36	72 %
Mittlere Reife	1	4 %	3	13 %	4	8 %
Hochschulstudium	2	7 %	0	—	2	4 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Eine Reihe von Untersuchungen zum Alkoholismus haben ergeben, daß sich inzwischen die Alkoholproblematik durch alle sozialen Schichten und Bildungs- und Berufsgruppen zieht.

In unserer Untersuchung ergab sich jedoch in einem sehr eindeutigen Bild, daß bei weitem die meisten Patienten, nämlich insgesamt 72 % die Fach- bzw. Berufsschule als höchsten Schulabschluß angaben, gefolgt von der Volksschule mit 16 % (Tab. 4).

Insgesamt die Hälfte, also 50 % aller explorierter Patienten hatten Facharbeiter oder Handwerker gelernt.

Die Männer haben in diesem Berufsstand mit 63 % den größten Anteil, während die Frauen mit 39 % auch stark bei den Angestellten vertreten waren, dann aber auch mit 35 % bei den Facharbeitern (Tab. 5).

Es ist davon auszugehen, daß bei unseren untersuchten Patienten die Arbeiter und Handwerker etwas überrepräsentiert waren, was im Zusammenhang mit der speziellen Struktur auf den betroffenen Abteilungen des Nervenkrankenhauses zusammenhängen kann.

Tabelle 5: Erlernter Beruf

Erlernter Beruf	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Arbeiter/ Hilfsarb.	4	15 %	5	22 %	9	18 %
Angestellte/ Beamte	4	15 %	9	39 %	13	26 %
Facharbeiter/ Handwerker	17	63 %	8	35 %	25	50 %
Geschäfts- leute	2	7 %	1	4 %	3	6 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Es ist oft bestätigt worden, wie gravierend sich die berufliche bzw. wirtschaftliche Situation auf den Alkoholismus und umgekehrt auswirken kann. Arbeitslosigkeit ist bei Alkoholikern ein oft vorhandenes Problem.

In unserer Untersuchung bei Patienten mit erster klinischer Einweisung nach dem 30. Lebensjahr sind jedoch insgesamt von 50 Personen "nur" 12, also 24 % (Männer = 26 %, Frauen = 22 %) arbeitslos gewesen (Tab. 6)

Hier wird ein interessanter Unterschied zu der Arbeit von Th. CHARITANTIS (9) deutlich, die herausfand, daß immerhin genau die Hälfte der untersuchten Männer mit erster klinischer Einweisung vor dem 30. Lebensjahr arbeitslos waren.

Bei unseren Patienten zeigte sich weiter, daß 41 % der Männer und 43 % der Frauen ihren Berufsstand erhalten konnten, 26 % der Männer und nur 5 % der Frauen mußten einen beruflichen Absturz hinnehmen; 30 % der Frauen waren als Hausfrauen tätig.(Tab.6)

Die Ergebnisse ergaben, daß unsere Patienten, die schwerpunktmäßig zwischen 30 und 50 Jahre alt waren, im Gegensatz zu den jungen Patienten aus den Untersuchungen von Th. CHARITANTIS (9) beruflich und sozial noch wesentlich integrierter waren.(Abb. 1+2)

Tabelle 6: Jetziger Berufsstand

Jetziger Berufsstand	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Berufsstand erhalten	11	41 %	10	43 %	21	42 %
Beruflicher Absturz	7	26 %	1	5 %	8	16 %
Arbeitslose	7	26 %	5	22 %	12	24 %
Rentner / Hausfrauen	2	7 %	7	30 %	9	18 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Zum Prägnanztyp des Alkoholikers gehört, daß er mit einem häufigen Wechsel der Arbeitsstelle behaftet ist. In unserer Untersuchung ergab sich jedoch, daß die alkoholabhängigen Patienten in Bezug auf den Stellenwechsel durchaus "durchschnittliche" Zahlen aufweisen (Tab. 7).

Die Prozentwerte verteilten sich auf die verschiedenen Häufigkeiten, angefangen bei keinem Stellenwechsel bis hin zu 5 mal oder mehr, relativ (gleichmäßig), wobei bei den Männern Schwerpunkte bei 2 mal Stellenwechsel mit 34 % und mehr als 5 mal Stellenwechsel mit 30 % lagen. (Tab. 7)

Insgesamt wechselten die Patienten unserer Untersuchung mit einem Durchschnittsalter von ca. 40 Jahren die Stelle nicht häufiger als die bei der Untersuchung von Th. CHARITANTIS (9) mit einem Durchschnittsalter von 27 Jahren.

Tabelle 7: Häufigkeit des Arbeitsstellenwechsels

Häufigkeit Stellenwechsel	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl %		Anzahl %		Anzahl %	
0 mal	2	7 %	3	13 %	5	10 %
1 mal	1	4 %	4	17 %	5	10 %
2 mal	9	34 %	0	-	9	18 %
3 mal	2	7 %	6	26 %	8	16 %
4 mal	2	7 %	5	22 %	7	14 %
5 mal	3	11 %	3	13 %	6	12 %
mehr als 5 mal	8	30 %	2	9 %	10	20 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Aufbauend auf die letzten Ergebnisse zeigt die Frage nach dem sozialen Status erwartungsgemäß, daß die Mehrheit der von uns untersuchten Patienten, nämlich 60 % zur Unterschicht zu rechnen sind, 34 % fallen in die Mittelschicht und nur 6 % in die Oberschicht (Tab. 8).

Die Zuordnung geschah, wie allgemein üblich, nach den Kriterien Bildungsstand, Beruf und Einkommen.

Tabelle 8: Jetziger sozialer Status (Schichtzugehörigkeit)

Schicht- zugehörigkeit	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl %		Anzahl %		Anzahl %	
Unterschicht	18	67 %	12	52 %	30	60 %
Mittelschicht	7	26 %	10	44 %	17	34 %
Oberschicht	2	7 %	1	4 %	3	6 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Über die Hälfte der von uns untersuchten Patienten, nämlich 56 % gehörten der evangelischen Konfession an, 34 % waren katholisch und nur 10 % fielen in die Kategorie "Sonstige" (Tab. 9).

Hier fand ein Schwergewicht bei der Zugehörigkeit zu einer christlichen Glaubensgemeinschaft.

Tabelle 9: Konfessionszugehörigkeit

Konfessionszugehörigkeit	Anzahl	Prozent
evangelisch	28	56 %
katholisch	17	34 %
Sonstige	5	10 %
zusammen	50	100 %

Es ist jedoch nicht zu verleugnen, daß die Mitgliedschaft zu einer Kirche allein noch nichts über die wirkliche religiöse Überzeugung eines Menschen aussagt, da viele ihrer Kirche nur noch aus Tradition oder Bequemlichkeit angehören.

Diese Erscheinung wurde bei unseren untersuchten Patienten überaus deutlich. 75 % der evangelischen und sogar 88 % der katholischen Patienten gaben an, eine gleichgültige Bindung an die Religion zu haben, 2 evangelische sogar gar keine Bindung. Nur 18 % der evangelischen und 12 % der katholischen Patienten erklärten, daß sie eine tiefe religiöse Bindung hätten. Die Ergebnisse sind ein Hinweis darauf, wie entwurzelt die große Mehrheit der alkoholabhängigen Menschen in Bezug auf den Glauben geworden sind (Tab. 10).

Tabelle 10: Tiefe der religiösen Bindung

Tiefe der religiösen Bindung	evangelisch		katholisch		sonstige		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tiefe	5	18 %	2	12 %	1	20 %	8	16 %
Gleichgültige	21	75 %	15	88 %	0	-	36	72 %
Keine	2	7 %	0	-	4	80 %	6	12 %
Zusammen	28	100 %	17	100 %	5	100 %	50	100 %

Es ist schon oft beschrieben worden, wie vielfältig und gravierend sich der Alkoholismus auf die Familie und das soziale Umfeld des Betroffenen auswirkt.

Von den bei uns untersuchten Patienten gaben nur 8 von 27 Männern (also 30%) und sogar nur 4 von 23 Frauen (17%) an, daß sie keine familiären Schwierigkeiten hätten. Inwiefern diese Patienten starke Verleugnungs- und Verharmlosungstendenzen zeigten, sei dahingestellt; darunter waren aber auch die Patienten, die ganz alleine standen und von daher keine familiären Schwierigkeiten angeben konnten.

Es sieht also so aus, daß insgesamt 76 % der von uns untersuchten Patienten familiäre Schwierigkeiten angaben, wobei Probleme mit den Ehepartnern sowohl bei Männern (40%) als auch bei Frauen (sogar 57%) an 1. Stelle standen, dann folgten genau zu gleichen Teilen bei Männern und Frauen Schwierigkeiten mit den Eltern: Männer 15 %, Frauen 13 % und mit den Kindern: Männer 15 %, Frauen 13 %.

Für die klinische Praxis zeigen diese Zahlen sehr eindringlich, wie wichtig es ist, Angehörige in die Behandlung des Alkoholikers im Rahmen von Gesprächsmöglichkeiten mit einzubeziehen. (Tab. 11)

Tabelle 11: Familiäre Schwierigkeiten

Familiäre Schwierigkeiten	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mit (Ehe-) Partner	11	40 %	13	57 %	24	48 %
mit Eltern	4	15 %	3	13 %	7	14 %
mit Kindern	4	16 %	3	13 %	7	14 %
nicht vorhanden	8	30 %	4	17 %	12	24 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Aufgrund des Alkoholkonsums und der damit verbundenen Kosten, sowie der meist reduzierten Einkommensfähigkeit findet man bei den meisten Abhängigen Schulden vor.

Doch auch diese Erscheinung findet bei den von uns untersuchten Patienten keine Bestätigung: Nur ca. 1/3, 30 % gaben an, daß finanzielle Schwierigkeiten vorhanden seien, wogegen 2/3, 70 % keine finanziellen Schwierigkeiten hatten (Tab. 12).

Besonders interessant ist, wie kraß sich die Ergebnisse für die männlichen Patienten, von denen der Arbeit von Th. CHARITANTIS (9) unterscheiden, die sich ja im Schnitt mit jüngeren Patienten, mit erster klinischer Einweisung vor dem 30. Lebensjahr, beschäftigte:

Während bei unseren untersuchten Patienten nur 9 von 27 Männern (33%) angaben, daß sie finanzielle Schwierigkeiten hätten, waren es bei den Patienten von Th. CHARITANTIS (9) genau der doppelte Prozentsatz, nämlich 66 % (21 von 32 befragten Männern).

Hier ist ein enger Zusammenhang zum jetzigen Berufsstand zu sehen (Tab. 6): Personen, die es geschafft haben, ihre Arbeit nicht zu verlieren und / oder ihren Berufsstand sogar zu erhalten, standen natürlich auf einem wirtschaftlich bzw. finanziell recht soliden Boden.

Tabelle 12: Finanzielle Schwierigkeiten

Finanzielle Schwierigkeiten	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
vorhanden	10	37 %	7	30 %	17	34 %
nicht vorhanden	17	63 %	16	70 %	33	66 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Es schien uns interessant zu untersuchen, wie stark unsere Patienten noch an sozialen Bindungen orientiert waren, bzw. die Gesellschaft anderer suchten, oder ob sie sich eher einsam zurückzogen. Unter unseren Patienten hielt sich etwa die Hälfte (52 %) für gesellig und die anderen (48 %) für Einzelgänger. Diese prozentualen Anteile galten für Männer und Frauen gleichermaßen. (Tab. 13)

Auch hier ist ein Unterschied zu den Ergebnissen von Th. CHARITANTIS (9) feststellbar:

Bei ihrem im Schnitt wesentlich jünger^{en} Patienten schätzten sich deutlich mehr als gesellig ein, nämlich bei Männern 63 % und bei Frauen 50 %.

Dieses Ergebnis im Vergleich deutet an, daß sich ältere alkoholabhängige Menschen mehr zurückziehen, zum Einzelgänger und damit auch zur Einsamkeit neigen als jüngere.

Tabelle 13: Anzahl sozialer Kontakte

Anzahl sozialer Kontakte	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einzelgänger	13	48 %	11	48 %	24	48 %
gesellig	14	52 %	12	52 %	26	52 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Nach ihren Hobbies, bzw. Interessen für die Freizeitgestaltung befragt, antworteten ca. 1/3 der männlichen Patienten (30 %) und 17 % der Frauen, daß sie gar keine Hobbies hätten.

Sport stand bei den Interessen der Männer mit 33 % an der Spitze, bei den Frauen war es das Handarbeiten mit 35 %.

Andere Hobbies wurden nur sehr vereinzelt benannt. Aus diesen Ergebnissen läßt sich ableiten, daß Alkoholranke keine, wenige und wenn, dann nur sehr undifferenzierte Hobbies bzw. Interessen besitzen. (Tab. 14) ·

Dies kann sowohl schon vor dem Ausbruch der Krankheit der Fall gewesen sein, als auch im Verlaufe der Krankheit gefördert worden sein.

Die wenigen Interessen, die überhaupt genannt wurden, sind zudem noch als un kreativ und wenig geplant oder durchdacht zu bezeichnen:

Bei Männern bedeutete "Sport" meist das Fernsehen von Fußball und Sportstudio, bei den Frauen ist unter "Handarbeiten" meist das Flick en oder Herstellen von Gebrauchsgegenständen zu verstehen.

Tabelle 14: Freizeitgestaltung und Hobbies

Hobbies	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sport	9	33 %	4	17 %	13	26 %
Handarbeiten/ Basteln	1	4 %	8	35 %	9	18 %
Lesen	3	11 %	4	17 %	7	14 %
Gartenarbeiten/ Tierhaltung	2	7 %	2	9 %	4	8 %
Fischen	2	7 %	0	-	2	4 %
Musik	1	4 %	0	-	1	2 %
Sammeln	1	4 %	0	-	1	2 %
Kochen	0	-	1	5 %	1	2 %
keine	8	30 %	4	17 %	12	24 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Tabelle 15: Beziehung zwischen Eltern und Kindern

Beziehung Eltern-Kinder	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
harmonisch	17	63 %	15	65 %	32	64 %
disharmonisch (mit broken home)	10	37 %	8	35 %	18	36 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Nach Beziehungen zu ihren Eltern befragt, bezeichneten insgesamt 64 % der Patienten das Verhältnis als harmonisch, 36 % als disharmonisch. In der letzten Gruppe sind auch einige Personen dabei, die aus einem sogenannten "broken home" stammten, d.h. aus zerrütteten Familien kamen und auch in Heimen gewesen sind.

Die Ergebnisse weisen daraufhin, daß gut 1/3 der Alkoholiker in einer disharmonischen Beziehung zu den Eltern aufwuchsen. (Tab. 15)

Tabelle 16: Erziehungsstil der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten

Erziehungsstil	Anzahl	Prozent
Autoritär	31	62 %
Inkonsequent	15	30 %
Verwöhnend	4	8 %
Zusammen	50	100 %

Fast 2/3 der untersuchten Patienten (62%) hielten den Erziehungsstil ihrer Eltern und Erziehungsberechtigten für autoritär, bzw. streng. (Tab. 16)

Tabelle 17: Zwischenelterliche Beziehung

Zwischenelterliche Beziehung	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Intakt	19	70 %	15	65 %	34	68 %
Nicht intakt	4	15 %	7	30 %	11	22 %
* Nicht feststellbar	4	15 %	1	5 %	5	10 %
Zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

- * Bei "nicht feststellbar" sind elternlose Patienten, Halbwaisen und Patienten aus "broken home" Situationen inbegriffen.

Ebenso wie die Beziehung der Betroffenen zu den Eltern hat auch die Beziehung zwischen den Eltern Einfluß darauf, in welcher Atmosphäre ein Mensch aufwächst; hier werden wesentliche Weichen gestellt.

Bei unserer Untersuchung stellte sich heraus, daß 70 % der männlichen Patienten die Beziehung zwischen den Eltern als intakt einschätzten, bei den Frauen waren es 64 %. Immerhin schätzten 15 % die Beziehung als nicht intakt ein und weitere 15 % der Männer konnten gar keine Aussage machen, da sie aus "broken home" Situationen kamen, elternlos oder Halbwaisen waren. Bei den Frauen schätzten sogar fast 1/3, nämlich 30 %, die Beziehung zwischen ihren Eltern als nicht intakt ein. (Tab. 17)

3.1.3 Alkoholismusrelevante Merkmale

In den folgenden Abschnitten beschäftigen wir uns mit der Verteilung und der Bedeutung weiterer Merkmale und zwar nur solchen, die direkt mit der Alkoholkrankung zusammenhängen.

Zunächst werden die Erklärungen dargestellt, die Alkoholabhängige vorrangig für den Beginn des Alkoholmißbrauchs angeben.

Bei den Erklärungsversuchen des Alkoholmißbrauchbeginns wird ersichtlich, daß hier ein bedeutender geschlechtsspezifischer Unterschied existiert:

78 % der Männer gaben an, aus Gewohnheit getrunken zu haben, nur 22 % sahen einen Zusammenhang zwischen Konfliktsituationen und dem Trinken, bei Frauen war es genau umgekehrt. Während nur 13 % meinten, aus Gewohnheit getrunken zu haben, sahen immerhin 87 % den Zusammenhang zu Konflikten.

Aus diesen Ergebnissen könnten folgende Hypothesen abgeleitet werden:

1. Frauen neigen erst in Konfliktsituationen zum exzessiven Trinken.
2. Männer trinken in unserer Kultur gewohnheitsmäßig mehr als Frauen (z.B. Stammtisch, Fröh-schoppen).
3. Konfliktsituationen, als Auslöser des Alkoholmißbrauchs spielen bei Männern eine eher untergeordnete Rolle.

Dieser geschlechtsspezifische Unterschied fand sich vergleichbar in der Arbeit von Th. CHARITANTIS (9) für Patienten mit erster klinischer Einweisung vor dem 30. Lebensjahr.

Tabelle 18: Erklärungsversuche des Alkoholmißbrauchbeginns

Erklärungsversuche	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Gewohnheit	21	78 %	3	13 %	24	48 %
in Konfliktsituationen	6	22 %	20	87 %	26	52 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Bei der Altersverteilung des Abususbeginns konnte festgestellt werden, daß 41 % der Männer, die zum Untersuchungszeitpunkt 30-50 Jahre alt waren, bereits schon seit dem 10. - 20. Lebensjahr Alkoholmißbrauch betrieben. Die weiblichen Patienten hatten mehrheitlich erst wesentlich später angefangen mit dem Mißbrauch, nämlich 61 % zwischen 30 und 40 Jahren (Tab. 19).

Aus den Ergebnissen läßt sich ableiten, daß Frauen

1. später mit den Alkoholmißbrauch beginnen als Männer,
2. rascher auffallen, bzw. sich früher in eine Behandlung begeben.

Tabelle 19: Altersverteilung des Abususbeginns

Lebensdekade	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
10 - 20	11	41 %	1	4 %	12	24 %
20 - 30	8	30 %	4	17 %	12	24 %
30 - 40	7	25 %	14	61 %	21	42 %
40 - 50	0	-	2	9 %	2	4 %
50 - 60	1	4 %	2	9 %	3	6 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Hierzu sind die Ergebnisse zur Abususdauer in einem engen Zusammenhang zu sehen:

81 % der Männer betrieben seit über 10 Jahren Abusus, während diese Zeitdauer nur von 35 % der Frauen "geschafft" wurde; 39 % der Frauen tranken seit 2 bis 5 Jahren (Tab. 20).

Tabelle 20: Abususdauer

Abususdauer	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl %		Anzahl %		Anzahl %	
2 - 5 Jahre	1	4 %	9	39 %	10	20 %
5 -10 Jahre	4	15 %	6	26 %	10	20 %
über 10 Jahre	22	81 %	8	35 %	30	60 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Bei der Betrachtung der Abususdauer wird ersichtlich, daß die überwiegende Mehrheit der untersuchten Patienten, nämlich 89 % der Männer und 87 % der Frauen noch kein Delirium in ihrer Vorgeschichte auswiesen (Tab. 21).

Tabelle 21: Delirium in der Anamnese

Delirium	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl %		Anzahl %		Anzahl %	
einmal	3	11 %	3	13 %	6	12 %
keinmal	24	89 %	20	87 %	44	88 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Tabelle 22: Eigene Entwöhnungsversuche

Entwöhnungs- versuche	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
einmal	4	15 %	4	17 %	8	16 %
mehrmals	5	18 %	5	22 %	10	20 %
keinmal	18	67 %	14	61 %	32	64 %

Die Mehrzahl unserer Patienten (67 % Männer und 61 % der Frauen) gaben an, noch nie einen Abstinenzversuch unternommen zu haben. Bei 33 % der Männer und bis 39 % der Frauen sei einmal oder sogar mehrmals ein Entwöhnungsversuch durchgeführt worden (Tab. 22).

Weiterhin zeigte sich bei unseren untersuchten Patienten, daß sich mehr als die Hälfte der Männer (56 %) und Frauen (52 %) bereits in eine oder mehrere stationäre Therapien begeben haben (Tab.23).

Tabelle 23: Therapieversuche bzw. stationäre Aufenthalte

Therapieversuche	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
einmal	8	30 %	6	26 %	14	28 %
mehrmals	7	26 %	6	26 %	13	26 %
keinmal	12	44 %	11	48 %	23	46 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Trotz fortgeschrittener Behandlungsmethoden, in der Therapie Abhängigkeitskranker, verdeutlichen die hier gefundenen Ergebnisse, die immer noch hohe Rückfallquote alkoholkranker Patienten. Immerhin haben insgesamt 27 (knapp über die Hälfte) der weiblichen und männlichen Patienten mehrere Therapieversuche bereits hinter sich (Tab. 23).

Tabelle 24: Alkoholmißbrauch bei anderen Familienmitgliedern

Alkoholmißbrauch von Familienmitgliedern	Anzahl	Prozent
Vater (Stiefvater)	11	22 %
Mutter	2	4 %
Geschwister (Stiefgeschwister)	4	8 %
mehrere Familienmitglieder	4	8 %
nicht vorhanden	29	58 %
zusammen	50	100 %

Es stellte sich heraus, daß bei vielen selbst alkoholabhängigen Patienten bereits in der Familie Alkoholmißbrauch betrieben wurde (Tab. 24).

Bei 42 % der explorierten Patienten waren Vater (22 %), Mutter (4 %), Geschwister (8 %) oder sogar mehrere Familienmitglieder (8 %) betroffen. Die Ergebnisse zeigen, daß Kinder aus Alkoholiker-Familien oder zumindest alkoholgefährdeten Familien selbst stark gefährdet sind, auch zum Alkoholiker zu werden.

Tabelle 25: Subjektiv erlebte negative Folgeerscheinungen des Alkoholismus

(Mehrfachnennungen möglich)

negative Folgen	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
körperliche Gesundheit	18	33 %	15	39 %	33	36 %
Persönlichkeit	13	24 %	12	32 %	25	27 %
Familienleben	8	15 %	4	11 %	12	13 %
soziale Beziehungen	9	17 %	5	13 %	14	15 %
Beruf	6	11 %	2	5 %	8	9 %
zusammen	54	100 %	38	100 %	92	100 %

Die Auswirkung der Alkoholerkrankung auf die körperliche Gesundheit erlebten 33 % der Männer und 39 % der Frauen am stärksten. Eine negative Beeinträchtigung der Persönlichkeitsstruktur berichteten 24 % der Männer und 32 % der Frauen.

Als weitere negative Folgeerscheinungen wurden von unseren Patienten die Bereiche soziale Beziehungen (15 %), Familienleben (13 %) und Beruf (9 %) erwähnt.

Unsere Patienten zeigten mehr negative Folgeerscheinungen im Bereich der Persönlichkeit (Wesensveränderung, Konzentrationsschwierigkeiten etc.), als die von Th. CHARITANTIS (9) untersuchten Patienten.

Hiermit endet die Darstellung und Diskussion einiger Bedingungen, die in Zusammenhang mit der Suicidalität bei Alkoholikern stehen.

In diesem Kapitel ist versucht worden, mit Hilfe der Grundauszählung den Abususbeginn, die Abusudauer, Therapie- und eigene Entwöhnungsversuche bis hin zu subjektiv erlebten, negativen Folgeerscheinungen der Erkrankung Alkoholismus zu beschreiben.

Hiernach befassen wir uns mit einigen Faktoren, die im direkten Zusammenhang mit der Suicidalität bei Alkoholikern stehen.

3.1.4. Suicidalitätsfaktoren

Nach der "klinischen Gruppe" der Depressiven gehören, wie in der Einleitung bereits näher erläutert, auch Alkoholabhängige zur Risikogruppe der Suicidgefährdeten.

In der nachfolgenden Grundauszählung sollen Situationen, in denen bei unseren alkoholkranken Patienten Suicidgedanken auftraten, untersucht werden. Weiterhin sollen die Anlässe, die zu Suicidversuchen führten, beschrieben und mögliche Gründe für ein Nichtumsetzen vorhandener Suicidgedanken in die Tat angegeben werden.

Anschließend erfolgt eine Darstellung der Mittel, die zur Ausführung des Suicidversuches verwendet wurden. Letztlich werden mögliche Suicidtendenzen bei Familienmitgliedern untersucht.

Den Abschluß dieser Grundauszählung bildet die abgegebene Stellungnahme unserer Patienten zum Suicid.

Tabelle 26: Suicidalität

	Suicidalität	Anzahl	Prozent
*	ohne Suicidtendenzen	27	54 %
	mit Suicidgedanken	13	26 %
	mit Suicidversuchen	10	20 %
	zusammen	50	100 %
*	ohne Suicidtendenzen = ohne erkennbare Suicid- tendenzen		

Bei unseren Patienten wiesen annähernd die Hälfte, nämlich 46 % Suicidtendenzen auf. 26 % machten sich bisher Suicidgedanken, 20 % unternahmen bereits Suicidversuche (Tab. 26).

Auch wenn diese Zahlen nicht ganz so kraß sind, wie die von Th. CHARITANTIS (9) bei jüngeren Alkoholikern (64 % mit Suicidgedanken) wird sehr deutlich, wie stark alkoholabhängige Menschen als suicidal einzuschätzen sind.

Tabelle 27: Situationen, in denen Suicidgedanken auftauchten.

Situationen mit Suicidgedanken	Anzahl	Prozent
Ehe- bzw. Partnerschafts- konfliktsituationen	5	38 %
Familienkonfliktsituationen	1	8 %
Schwierigkeiten an der Arbeitsstelle	2	15 %
Einsamkeit	2	15 %
Verlust von Angehörigen	1	8 %
starkes körperliches Leiden	1	8 %
finanzielle Schwierigkeiten (Schuldenlast)	1	8 %
zusammen	13	100 %

In einem früheren Kapitel (Tab. 11) haben wir bereits beschrieben, daß bei vielen Alkoholikern familiäre Schwierigkeiten vorliegen, und auch viele angeben (Tab. 18), in Konfliktsituationen getrunken zu haben.

Bei Partnerschaftskonfliktsituationen gaben 38 % unserer Patienten an, an Suicid gedacht zu haben, womit diese Situation für das Entstehen von Suicidgedanken am meisten genannt wurde (Tab. 27).

Tabelle 28: Anlässe, die zu Suicidversuchen
geführt haben

Anlässe für Suicidversuche	Anzahl
Ehekonfliktsituationen	6
Schwierigkeiten an der Arbeitsstelle	1
Finanzielle Schwierig- keiten - Schuldenlast	1
Verlust von Angehörigen	1
Sinnlosigkeit des Lebens	1
zusammen	10

Bei Anlässen, die konkret zu Suicidversuchen geführt haben, stehen Ehekonfliktsituationen an 1. Stelle, denn 6 Patienten (60 %) mit Suicidversuchen gaben an, diese in Verbindung mit bestehenden Konflikten in der Ehe unternommen zu haben. Hier ist nicht auszuschließen, daß der Suicidversuch einen Appell an den Ehepartner mit einschließt, die Bedeutung des Bereiches "Partnerschaft" wird aber dadurch nicht "geschmälert".

Tabelle 29: Gründe, aus denen Suicidgedanken
nicht in die Tat umgesetzt werden

Gründe	Anzahl	Prozent
Hemmfähigkeit (Angst vor dem Sterben)	5	39 %
Daseinsakzeptanz	4	31 %
religiöse Gründe	2	15 %
Liebe zu den Angehörigen	2	15 %
zusammen	13	100 %

Tabelle 30: Suicidversuche unter Alkoholeinfluß

Suicidversuche unter Alkohol	Anzahl	Prozent
mit Alkohol	8	80 %
ohne Alkohol	2	20 %
zusammen	10	100 %

Es zeigte sich, daß 5 der 13 Betroffenen (39 %) eine zu starke Hemmung (Angst vor dem Sterben) angaben, gefolgt von der Daseinsakzeptanz, die 4 von 13 Patienten (31 %) als Begründung anführten (Tab.29).

Unter Alkoholeinfluß gaben 8 Patienten (80 %) an, einen oder mehrere Suicidversuche durchgeführt zu haben, nur 2 (20 %) waren dabei frei von Alkohol gewesen (Tab. 30).

Aus diesem Zusammenhang kann gefolgert werden, daß der Alkohol, der ja allgemein enthemmend wirken kann, auch die Hemmungen und die Kritikfähigkeit herabsetzt. Da Alkoholiker meistens "unter Stoff stehen", ist somit die Gefahr, Suicidgedanken in die konkrete Tat umzusetzen, noch stärker vorhanden als bei anderen Menschen.

Damit liegen unsere Ergebnisse knapp über den Resultaten, die BÖCKER (6, S. 58) herausfand: "... daß 70 % der Suicidhandlungen Alkoholkranker unter direktem Alkoholeinfluß, also im Rausch, erfolgen und nur 30 % in einigermaßen nüchternem Zustand".

Auf die Gesamtbevölkerung bezogen führt HUBER (20), BÖCKER (3) an, daß letztlich 1/3 der Suicidhandlungen unter Alkoholeinfluß geschehen.

Tabelle 31: Mittel, die zu Suicidversuchen
herangezogen wurden

Mittel	Anzahl	Prozent
Psychopharmaka oder Hypnotika	6	60 %
Aufschneiden der Pulsader	1	10 %
Psychopharmaka oder Hypnotika plus Auf- schneiden der Pulsader	1	10 %
Verkehrsunfall	1	10 %
Herunterstürzen	1	10 %
zusammen	10	100 %

Alkoholiker greifen für einen Suicidversuch bevorzugt zu Medikamenten, was auch durch die "substantielle Nähe" zum Alkohol nicht erstaunt. 6 der untersuchten Patienten (60 %) benutzten Psychopharmaka oder Hypnotika (Tab. 31).

Mit BÖCKER (3) kann man davon ausgehen, daß die entsprechenden Medikamente wahrscheinlich schnell zur Hand waren, da die Betroffenen meist zum gerade bereitliegenden Mittel greifen.

Tabelle 32: Suicidtendenzen bei anderen Familienmitgliedern

Suicidtendenzen bei Angehörigen	Anzahl	Prozent
Mutter	2	4 %
Vater	1	2 %
nicht vorhanden	47	94 %
zusammen	50	100 %

Bei einem kleinen Anteil der von uns untersuchten Patienten, nämlich bei dreien (6 %) waren Suicidversuche von Vater und Mutter bekannt (Tab. 32).

Tabelle 33: Suicide bei anderen Familienmitgliedern

Suicide bei Familienmitgliedern	Anzahl	Prozent
Geschwister	2	4 %
nicht vorhanden	48	96 %
zusammen	50	100 %

Bei zwei untersuchten Patienten kam bei deren Geschwistern ein Suicid vor (Tab. 33).

Alle unsere untersuchten Patienten wurden um eine generelle Stellungnahme zum Suicid gebeten.

Prozentual wurde der Suizid am meisten als Verzweiflungs- und Kurzschlußhandlung betrachtet (32 %) (Tab. 34).

Tabelle 34: Stellungnahme zum Suicid

Stellungnahme Suicid	Anzahl	Prozent
Verzweiflungs- und Kurzschlußhandlung	16	32 %
Leichtsinn	8	16 %
Sünde	8	16 %
als Lösung auf keinen Fall akzeptabel	8	16 %
Feigheit	5	10 %
als Lösung in Not-situationen akzeptabel	5	10 %
zusammen	50	100 %

3.1.5. Ergebnisse der Tests und Fragebogen

Wir haben zusätzlich zur Exploration 3 Fragebögen bzw. Testverfahren für die Untersuchung mit herangezogen, die im Materialteil bereits näher erläutert wurden.

Tabelle 35: Fragebogen nach JELLINEK

Phasen des Alkoholismus	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl %		Anzahl %		Anzahl %	
Kritische Phase	12	44 %	9	39 %	21	42 %
Chronische Phase	15	56 %	14	61 %	29	58 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Der Fragebogen nach JELLINEK läßt den Befragten auf der Basis der Selbsteinschätzung Symptome im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum einschätzen.

Nach folgenden Kriterien wurde die Zuteilung zu einer der 3 Phasen unternommen:

1. Wer mehr als 2 Fragen aus der chronischen Phase mit "ja" beantwortete, wurde in diese aufgenommen.
2. Wer nicht unter 1 fiel, aber mehr als drei Fragen aus der kritischen Phase und mindestens eine Frage aus der chronischen Phase mit "ja" beantwortete, wurde hierzu zugerechnet.
3. Wer nicht unter 1 oder 2 fiel, gehörte in die Prodromalphase (Keiner unserer Patienten konnte dieser Phase mehr zugerechnet werden).

Diese Kriterien wurden von uns aufgestellt, nachdem wir die Fragebogenitems aus den 3 Phasen hinsichtlich ihrer Aussagekraft und Trennschärfe überprüft hatten

Es zeigte sich, daß über die Hälfte der untersuchten Patienten in die chronische Phase fielen (58 %), also eher eine schwere Symptomatik aufwiesen.

Etwas weniger als die Hälfte, nämlich 42 %, fielen in die kritische Phase, keiner in die Prodromalphase (Tab. 35). Diese Ergebnisse zeigen, daß sich meist nur die Alkoholiker in einer Klinik "einfinden", deren körperliche Symptome schon sehr weit fortgeschritten sind.

Vorher fehlt einfach bei weitem die nötige Behandlungseinsicht.

Tabelle 36: Erlanger Depressionsskala (EDS)

Depressivität	selbstbeurteilte depressive Symptomatik		depressive Stimmung		Einschränkung der Expansivität	
	Anzahl %		Anzahl %		Anzahl %	
keine	19	38 %	21	42 %	25	50 %
leichte	22	44 %	18	36 %	20	40 %
schwere	9	18 %	11	22 %	5	10 %
zusammen	50	100 %	50	100 %	50	100 %

Bei der Erlanger Depressionsskala zeigte sich für unsere Patienten eine tendenziell höhere, selbstbeurteilte depressive Symptomatik, depressive Stimmung und Einschränkung der Expansivität, als dies bei der Arbeit von Th. CHARITANTIS (9) bei den jüngeren Patienten der Fall war.

Für die selbstbeurteilte depressive Symptomatik gaben 38 % zwar keine Tendenzen an, 44 % aber leichte und 18 % schwere Symptome (Tab. 36). Bei den anderen beiden Faktoren sind jeweils auch nennenswerte prozentuale Anteile für leichte und schwere Ausprägungen vorhanden.

Die Ergebnisse deuten daraufhin, daß bei etwas älteren Alkoholikern die Depressivität noch etwas stärker ausgeprägt ist, als bei den jüngeren Alkoholkranken.

Tabelle 37: Intelligenz

Intelligenzniveau	Anzahl	Prozent
110 - 140 überdurchschnittliche Intelligenz	12	24 %
90 - 110 durchschnittliche Intelligenz	32	64 %
70 - 90 unterdurchschnittliche Intelligenz	6	12 %
zusammen	50	100 %

Mit dem MWT - B haben wir in unserer Untersuchung die intellektuelle Kapazität der Patienten beurteilt. Es zeigte sich dabei (Tab. 37), daß die Verteilung des Intelligenzquotienten durchaus einer Normalverteilung entspricht, wobei die Patienten mit überdurchschnittlicher Intelligenz mit 24 % etwas zu stark ausgeprägt sein dürften, was darauf zurückgeführt werden kann, daß dieses Verfahren etwas leichter zu beantworten ist als vergleichbare Intelligenzverfahren. Es ist aber auch nicht auszuschließen, daß zur Beantwortung des Tests Hilfsmittel mit herangezogen wurden (Bücher, usw.).

3.2. Bedingungsfaktoren der Suicidalität

Wie bei der Beschreibung des methodischen Vorgehens bereits erwähnt, sollen im 2. Abschnitt des Ergebnisteils Zusammenhänge zwischen den untersuchten Faktoren (z.B. Geschlecht, Alter, familiäre Gegebenheiten, Umwelt- und Krankheits- einflüsse, Persönlichkeitsmerkmale) und auftreten- der Suicidneigung auf ihre statistische Signifikanz überprüft werden.

Es gilt der Frage nachzugehen, inwieweit die in 3 Kategorien eingeteilte:

1. Ohne Suicidtendenzen
2. mit Suicidgedanken
3. mit Suicidversuchen

von den oben genannten Faktoren abhängen oder be- einflußt werden.

Dies heißt, inwieweit unterscheiden sich jene Patienten, bei denen bestimmte Faktoren feststellbar waren, hinsichtlich ihrer Suicidalitätsneigungen.

Zur statistischen Überprüfung ist, wie bereits erwähnt, sowohl der χ^2 - Test als auch, in Fällen, in denen aus mathematischen Gründen der χ^2 - Test nicht anzuwenden war (erwartete Häufigkeiten kleiner 5), der KULLBACK-Test herangezogen worden.

Tabelle 38: Suicidalität und Geschlecht

Suicidalität	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne Suicid- tendenzen	15	56 %	12	52 %	27	54 %
mit Suicid- gedanken	7	25 %	6	26 %	13	26 %
mit Suicid- versuchen	5	19 %	5	22 %	10	20 %
zusammen	27	100 %	23	100 %	50	100 %

Wir konnten keine statistisch signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellen (Tab. 38)

Es kann angenommen werden, daß die Alkoholerkrankung größeren Einfluß auf die Suicidalitätsneigung ausübt als geschlechtsspezifische Variablen. Auch die Arbeit von Th. CHARITANTIS (9) kommt diesbezüglich zu ähnlichen Ergebnissen.

Häufig konnte beobachtet werden, daß die Beschaffenheit des gegenwärtigen Familienstandes große Auswirkungen auf Suicidhandlungen und -versuche besitzt.

So berichtet BIENER (2), daß die Selbstmordrelation von Witwern zu verheirateten Männern 3 : 1, von geschiedenen zu verheirateten Männern sogar 5 : 1 beträgt (ähnlich Zahlen wurden auch bei Frauen berichtet).

Wenn auch im statistischen Sinne keine signifikanten Ergebnisse erbracht worden sind, läßt sich doch tendenziell sagen, daß bei der Mehrzahl der verheirateten Patienten (60 %) keine Suicidtendenzen vorhanden sind. Die wenigsten Suicidversuche (10 %) fanden sich allerdings bei den ledigen Patienten, während all jene, die den Verlust eines Ehepartners zu beklagen hatten (durch Scheidung oder Tod) relativ die meisten Suicidhandlungen (40 %) unternommen hatten. (Tab. 39)

Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu den bei Th. CHARITANTIS (9) gefundenen Resultaten.

Bei dem Vergleich der verheirateten mit den ledigen Patienten fand die Autorin, daß die Mehrzahl der ledigen Patienten keine Suicidtendenzen aufwies (43 %), weniger als die verheirateten Suicidgedanken besaßen (22 % : 38 %), aber häufiger Selbstmordversuche verübten (35 % : 33 %)

Eine rein quantitative Auflistung und Zuordnung zu einem speziellen Familienstand bringt allerdings nur einen begrenzten Informationsgewinn, deshalb erscheint es wichtig, den qualitativen Aspekt einer Partnerschaft hinsichtlich ihres Einflusses auf die Suicidalität zu hinterfragen.

Tabelle 39: Suicidalität und Familienstand

Suicidalität	verheiratet		ledig		Ehepartner verloren *	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne Suicid- tendenzen	18	60 %	5	50 %	4	40 %
mit Suicid- tendenzen	7	23 %	4	40 %	2	20 %
mit Suicid- versuchen	5	17 %	1	10 %	4	40 %
zusammen	30	100 %	10	100 %	10	100 %

* = Ehepartner verloren - verwitwet, geschieden,
getrennt lebend.

Der Qualität der Ehe und Partnerschaft hinsichtlich vorhandener Suicidendenzen kommt eine enorme Bedeutung zu.

Es zeigte sich ein hochsignifikanter Zusammenhang ($\alpha = 1 \%$) zwischen der Güte der ehelichen Partnerschaft und den 3 Suicidalitätskategorien.

Mit 99 %iger Sicherheit läßt sich belegen, daß Patienten mit einer intakten Ehe keine Suicidendenzen aufweisen, d.h. solche Patienten, die ihre Partnerschaft als intakt ansehen, neigten am wenigsten zu Suicidendenzen und -gedanken und führten am seltensten Suicidversuche aus. (Tab. 40) Dieser statistisch signifikante Zusammenhang steht im Einklang mit den bereits beschriebenen Ergebnissen (Tab. 24 und 28). Hier zeigte sich bereits,

daß gerade eine nicht intakte Partnerschaft, in der es zu vielen Ehekonflikten kommt, von der Mehrzahl der Patienten als Hauptgrund für Suicidgedanken und -versuche angesehen wird.

Diese Aussage wird um so bedeutungsvoller, wenn man sich vor Augen hält, daß sowohl viele männliche (40 %) als auch die meisten weiblichen Patienten (57 %) hauptsächlich über Eheprobleme berichteten. Insgesamt besitzen 48 % unserer untersuchten Alkoholkranken familiäre Schwierigkeiten mit dem Ehepartner (Tab. 11).

Diese Ergebnisse belegen somit das extrem hohe Morbiditätsrisiko und die Suicidgefährdung des alkoholkranken Patienten.

Da in der Arbeit von Th. CHARITANTIS (9) ähnliche Ergebnisse erzielt worden sind, erwachsen durchaus wichtige Konsequenzen sowohl für die Therapie als auch im Besonderen für eine effektive Suicidprophylaxe bei alkoholkranken Menschen.

Somit ist BÖCKER (4, S. 855) beizupflichten, wenn er sagt:

"Besonders wichtig ist, die unmittelbaren Angehörigen der Patienten in die Behandlung mit einzubeziehen."

Tabelle 40: Suicidalität und Qualität der Ehe
bzw. Partnerschaft

Suicidalität	intakt		zerrüttet		keine Partner- schaft	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne Suicid- tendenzen	16	80 %	5	25 %	6	60 %
mit Suicid- gedanken	3	15 %	7	35 %	3	30 %
mit Suicid- versuchen	1	5 %	8	40 %	1	10 %
zusammen	20	100 %	20	100 %	10	100 %

In der Grundauszählung ist bei dem größten Teil unserer Patienten der Berufsstand erhalten geblieben (84 %) (Tab. 6), im Gegensatz zu den Patienten von Th. CHARITANTIS (9), die altersmäßig bedeutend jünger waren und häufig über einen beruflichen Abstieg berichteten.

Obwohl streng statistisch gesehen keine signifikanten Ergebnisse gefunden wurden, lassen sich dennoch bei älteren Alkoholkranken gewisse Tendenzen zwischen dem momentanen Berufsstand und dem Suicidrisiko aufzeigen (Tab. 41). Es zeigte sich, daß bei unseren Patienten, die arbeitslosen Alkoholiker die meisten Suicidversuche unternahmen (42%). Der berufliche Abstieg scheint weniger von Bedeutung für das Suicidalitätsrisiko zu sein, solange die Patienten immer noch in einem Arbeitsverhältnis stehen.

Bei der Zunahme der Arbeitslosigkeit während der gegenwärtigen wirtschaftlichen Entwicklung ist anzunehmen, daß der Alkoholkranke nun einer besonders großen Suicidalitätsgefährdung ausgesetzt ist.

Nach BÖCKER (4) muß gerade bei sozialen Randgruppen (z.B. Arbeitslosen) von einem erhöhten Suicidrisiko ausgegangen werden.

Tabelle 41: Suicidalität und jetziger Berufsstand

Suicidalität	Berufsstand erhalten		beruflicher Absturz		Arbeitslose		Hausfrauen/Rentner	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne Suicid-tendenzen	12	57 %	7	87 %	5	42 %	3	33 %
mit Suicid-gedanken	6	29 %	1	13 %	2	16 %	4	45 %
mit Suicid-versuchen	3	14 %	0	-	5	42 %	2	22 %
zusammen	21	100 %	8	100 %	12	100 %	9	100 %

Neben der beruflichen Situation des Suchtkranken können auch Beziehungen im Elternhaus für die Suicidalitätsneigung von Bedeutung sein.

Daher erscheint es wichtig, die Beziehung des Alkoholkranken zu seinen Eltern (Tab. 42), sowie die Beziehung der Eltern untereinander (Tab. 43) genauer zu untersuchen.

Es zeigte sich nämlich, wenn auch nicht statistisch signifikant, daß Suchtkranke, die ihre Beziehung zu den Eltern als harmonisch erlebten, häufiger keine Suicidtendenzen aufwiesen als jene Patienten, die die Beziehung zwischen Eltern und Kind als disharmonisch beschrieben (Tab. 42). Ebenso neigten die letztgenannten Patienten eher zu Suicidversuchen.

Tabelle 42: Suicidalität und Beziehung zwischen Kindern und Eltern

Suicidalität	harmonisch		disharmonisch	
	Anzahl.	%	Anzahl	%
ohne Suicid- tendenzen	19	59 %	8	44 %
mit Suicid- gedanken	8	25 %	5	28 %
mit Suicid- versuchen	5	16 %	5	28 %
zusammen	32	100 %	18	100 %

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Suicidalität und elterliche Beziehung (Tab. 43) konnte nicht festgestellt werden, dennoch lassen sich aber deutliche Tendenzen erkennen: Jene Patienten, die die Beziehung zwischen ihren Eltern als nicht intakt einschätzten, unternahmen häufiger Suicidversuche und hegten mehr Suicidgedanken als Patienten, die über eine intakte elterliche Beziehung berichteten.

Tabelle 43: Suicidalität und zwischen-elterliche Beziehung

Suicidalität	intakt		nicht intakt		nicht feststellbar *	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne Suicid-tendenzen	21	62 %	3	28 %	3	60 %
mit Suicid-gedanken	8	23 %	4	36 %	1	20 %
mit Suicid-versuchen	5	15 %	4	36 %	1	20 %
zusammen	34	100 %	11	100 %	5	100 %

* In der Rubrik "nicht feststellbar" sind die Patienten eingeschlossen, deren zwischenelterliche Beziehung nicht beurteilt werden konnte, da es sich entweder um elternlose, um Halbweisen oder um "broken home"-Patienten handelte.

Es kann somit angenommen werden, daß die häusliche Atmosphäre und die zwischenmenschlichen Beziehungen im Elternhaus einen wichtigen Einfluß auf die Suicidalität bei Abhängigkeitskranken ausübt, zumal 62 % der Patienten, die eine intakte zwischenelterliche Beziehung erlebt haben, kaum zu suicidalen Tendenzen neigten (Tab. 43).

WEIG (36) kam in seinen Untersuchungen zur Suicidalität von zylothym Depressiven mit Erkrankungsbeginn nach dem 40. Lebensjahr zu vergleichbaren Ergebnissen. Auch stellte er fest, daß ein belastetes Verhältnis der Eltern untereinander und eine gestörte Beziehung des Kindes zu den Eltern später die Suicidalität begünstigt.

Bei jüngeren Patienten ließ sich dieser Zusammenhang laut den Untersuchungsergebnissen nicht herstellen.

"Eine Erklärung hierfür bietet die Annahme, daß bei älteren Menschen frühe Erlebnisse wieder an Relevanz gewinnen, während sie im mittleren Lebensalter hinter aktuellen Problemen zurücktreten" (STRASSER 35, S. 66).

Weiterhin konnte die Anzahl an Sozialkontakten bei den hier untersuchten Patienten keine statistisch signifikante Bedeutung als wichtiger Faktor für die Suicidneigung gewinnen, da statistisch signifikante Ergebnisse im strengen Sinne ausblieben.

Dennoch ließ sich tendenziell feststellen, daß Einzelgänger eher zu Suicidversuchen neigten als gesellige Abhängigkeitskranke.

Die Mehrzahl der geselligen Alkoholiker wiesen keine Suicidtendenzen auf, anders als die, die eher von Natur aus als Einzelgänger zu bezeichnen wären (Tab. 44).

Diese Ergebnisse stimmen mit den Aussagen von LUNGERSHAUSEN (23) überein, daß solche Personen, bei denen die Sozialbeziehungen abgerissen waren oder nicht geknüpft werden konnten, als sozial isoliert zu bezeichnen sind, und dadurch der Weg zur suicidalen Handlung erleichtert wird.

Tabelle 44: Suicidalität und Anzahl der Sozialkontakte

Suicidalität	Einzelgänger		gesellig	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne Suicid-tendenzen	11	46 %	16	61 %
mit Suicidgedanken	6	25 %	7	27 %
mit Suicidversuchen	7	29 %	3	12 %
zusammen	24	100 %	26	100 %

Zur Beantwortung der Frage, ob finanzielle Schwierigkeiten Einfluß auf die Suicidalität ausüben, muß festgestellt werden, daß die Ergebnisse keine statistischen Signifikanzen erbrachten (Tab. 45).

Diese Tatsache erstaunt umsomehr, da bei der Arbeit von Th. CHARITANTIS (9) gerade finanzielle Schwierigkeiten bei jüngeren Alkoholabhängigen hochsignifikant ein wichtiges Suicidmotiv darstellten.

Im statistischen Sinne hätte bei Patienten, deren erste klinische Einweisung nach dem 30. Lebensjahr erfolgte, und die damit in der Regel ein höheres Durchschnittsalter aufweisen, finanzielle Schwierigkeiten keinen bedeutenden Einfluß auf die Suicidalitätsneigung, wie es bei der obengenannten Arbeit von Th. CHARITANTIS (9) bei durchschnittlich jüngeren Suchtkranken im statistisch nachgewiesenen Sinne gezeigt werden konnte.

Bei unseren Patienten kann davon ausgegangen werden, daß weit mehr als die Hälfte (66 %) keine finanziellen Schwierigkeiten hatten und auch die Arbeitslosenquote weit geringer ist als bei jüngeren Suchtkranken (Tab. 6).

Tabelle 45: Suicidalität und finanzielle Schwierigkeiten

Suicidalität	vorhanden		nicht vorhanden	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne Suicidttendenzen	9	52 %	18	55 %
mit Suicidgedanken	4	24 %	9	27 %
mit Suicidversuchen	4	24 %	6	18 %
zusammen	17	100 %	33	100 %

Nach BÖCKER (3) übt auch die Religionszugehörigkeit einen Einfluß auf das Suicidgeschehen aus.

Auch LUNGERSHAUSEN (23) ist der Meinung, daß eine Person um so eher suicidalen Tendenzen widerstehen kann, je fester sie durch religiöse Bindungen eingebunden ist.

Hinsichtlich der Konfessionszugehörigkeit erbrachten unsere Ergebnisse keine statistischen Signifikanzen. Bei unseren im Durchschnitt älteren Patienten zeigte sich dennoch, daß Angehörige der protestantischen Religionsgemeinschaft die höchste Selbstmordrate auswiesen (24 %). Katholiken unternahmen am wenigsten Selbstmordversuche (13 %), gefolgt von Patienten ohne Konfessionszugehörigkeit (20 %).

Da es sich hier um relativ kleine Zahlenwerte handelt, sollten diese Ergebnisse eher vorsichtig interpretiert werden (Tab. 46).

Tabelle 46: Suicidalität und Konfession

Suicidalität	katholisch		evangelisch		sonstige	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne Suicid- tendenzen	9	56 %	14	48 %	4	80 %
mit Suicid- gedanken	5	31 %	8	28 %	0	-
mit Suicid- versuchen	2	13 %	7	24 %	1	20 %
zusammen	16	100 %	29	100 %	5	100 %

Um die Auswirkungen der Konfessionszugehörigkeit auf das Suicidgeschehen genauer zu erfassen, ist auch die Tiefe der religiösen Bindung untersucht worden (Tab. 47).

Es zeigte sich, wenn auch nicht statistisch signifikant, daß Patienten, die eine tiefe religiöse Bindung aufwiesen, vor dem konkreten Selbsttötungsversuch zurückschreckten. Immerhin 1/4 (25 %) der Gleichgültigen neigte zu Suicidversuchen und immerhin noch 17 % jener Patienten, die keine tiefe religiöse Bindung aufwiesen.

Somit sind nur die Hälfte der Gleichgültigen frei von Suicidtendenzen, gegenüber 62 % der tief religiösen und gar 66 % von denen, die keine religiöse Bindung aufwiesen (Tab. 47).

Bei den beiden zuletzt genannten Gruppen (tiefe versus keine religiöse Bindung) ist zu vermuten, daß sie sich hinsichtlich ihres Bindungsverhaltens im Klaren sind, entweder orientieren sich die einen an religiösen Werten (=tiefe religiöse Bindung) oder die anderen wenden sich areligiösen Glaubenssystemen zu (z.B. Ideologien). Bei jenen Patienten, die diesbezüglich keine Orientierung erkennen ließen, also die Gleichgültigen, ist das Vorhandensein von Suicidtendenzen bis hin zu Suicidversuchen eher gegeben.

Tabelle 47: Suicidalität und Tiefe der
religiösen Bindung

Suicidalität	Tiefe		Gleich- gültige		Keine	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne Suicidtendenzen	5	62 %	18	50 %	4	66 %
mit Suicidgedanken	3	38 %	9	25 %	1	17 %
mit Suicidversuchen	0	-	9	25 %	1	17 %
zusammen	8	100 %	36	100 %	6	100 %

Als nächstes soll überprüft werden, ob sich bei unseren Patienten ein Zusammenhang aufzeigen läßt zwischen der eigenen Suicidneigung und feststellbaren Suicidtendenzen bei Angehörigen (Tab. 48).

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang konnte nicht nachgewiesen werden. Dennoch ist folgende Tendenz beobachtbar:

Wenn bei den Angehörigen, also in der Herkunftsfamilie eines Alkoholikers, keine Suicidtendenzen zu beobachten waren, so zeigten auch die meisten Suchtkranken selbst (58 %) keinerlei Suicidtendenzen oder -versuche.

Demgegenüber zeigten mehr als 1/4 (29 %) jener Patienten, deren Angehörige bereits Suicidtendenzen aufwiesen, selbst die Tendenz sich das Leben zu nehmen und hatten Suicidversuche durchgeführt.

Zumindest äußerten solche Patienten häufiger Suicidgedanken und -tendenzen (42 %); d.h. sind suicidale Neigungen bei Angehörigen von Alkoholikern beobachtet worden, so ist der Kranke selbst erheblich suicidgefährdet. (Tab. 48)

Tabelle 48: Relation in der Suicidalität bei nächsten Angehörigen und Patienten

Suicidalität	Angehörige ohne Suicidtendenzen		Angehörige mit Suicidtendenzen	
	Anzahl %		Anzahl %	
ohne Suicid-tendenzen	25	58 %	2	29 %
mit Suicid-gedanken	10	23 %	3	42 %
mit Suicid-versuchen	8	19 %	2	29 %
zusammen	43	100 %	7	100 %

Geht man davon aus, daß die Abususdauer ein wichtiger Faktor für die Beschreibung der Alkoholkarriere darstellt, so kann vermutet werden, daß die Zeitdauer des Alkoholabusus einen starken Einfluß auf die Suicidalität ausübt.

Die Hypothese konnte jedoch statistisch nicht signifikant bestätigt werden (Tab. 49).

Deskriptiv kann demnach lediglich festgestellt werden, daß bei unseren Patienten weit mehr als die Hälfte (60 %) eine Abususdauer von mehr als 10 Jahren angeben.

Obwohl unsere Alkoholkranken, wie bereits erwähnt, nach dem 30. Lebensjahr erstmals klinisch auffällig wurden und somit durchschnittlich älter sind als die Patienten von Th. CHARITANTIS (9), kann dennoch auch hier beobachtet werden, daß jene Patienten, die über eine kürzere Abususdauer berichteten, doppelt so häufig Suicidversuche unternommen haben als Alkoholkranke mit langer Suchtentwicklung.

Vorsichtige Tendenzen lassen vermuten, daß mit Zunahme der Abususdauer auch die Rate der Suicidversuche sinkt.

Tabelle 49: Suicidalität und Abususdauer

Suicidalität	1-5 Jahre		5-10 Jahre		über 10 Jahre	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne Suicid-tendenzen	4	40 %	6	60 %	17	57 %
mit Suicid-gedanken	3	30 %	2	20 %	8	27 %
mit Suicid-versuchen	3	30 %	2	20 %	5	16 %
zusammen	10	100 %	10	100 %	30	100 %

Weiterhin ist der Frage nachgegangen worden, ob das Ausmaß und der Grad der Abhängigkeit des Suchtkranken einen Einfluß auf dessen Suicidneigung besitzt. Dabei wurde der Schweregrad der alkoholischen Suchtentwicklung des Klassifikationsschemas nach JELLINEK zugrunde gelegt. Alle Patienten befanden sich, wie bereits erwähnt, schon in der kritischen und chronischen Phase. Signifikante Unterschiede zwischen beiden Erkrankungsstadien und bezüglich deren Auswirkung auf die Suicidalität konnte nicht beobachtet werden. Es zeigte sich aber die Tendenz, daß Alkohol Kranke, die sich (erst) in der kritischen Phase befanden, keine Unterschiede hinsichtlich der Suicidgefährdung aufwiesen, zu jenen, die bereits chronisch von der Droge abhängig waren. (Tab. 50) Dies bedeutet, daß jeder Patient, der als alkoholkrank diagnostiziert werden muß, potentiell suicidgefährdet ist, egal ob er erst am Anfang seiner Suchterkrankung steht oder bereits in seiner Krankheit weit fortgeschritten ist. Dieses Ergebnis entspricht Beobachtungen von BÖCKER (4), der zu dem Schluß kommt, daß wir gerade bei Suchtkranken zumal Trinkern, von einer extrem hohen Suicidgefährdung ausgehen müssen.

Tabelle 50: Suicidalität und Phasen nach JELLINEK

Suicidalität	kritische Phase		chronische Phase	
	Anzahl %		Anzahl %	
ohne Suicidtendenzen	12	57 %	15	52 %
mit Suicidgedanken	5	24 %	8	28 %
mit Suicidversuchen	4	19 %	6	20 %
zusammen	21	100 %	29	100 %

Viele Untersuchungen konnten nachweisen und Beobachtungen aus der psychiatrischen Praxis belegen, daß endogene Psychosen (Zyklothymien) und depressive Reaktionen einen starken Zusammenhang zur Suicidalität aufwiesen. Nach HUBER (20) stehen ja gerade depressive Patienten auf der Skala der Suicidgefährdeten an erster Stelle. Die Frage, die demnach zu beantworten gilt, besteht darin, ob die Depressionsneigung bei alkoholkranken Patienten ein wichtiger Faktor für die Suicidneigung dieser Patientengruppe darstellt.

Wie im Methodenteil dieser Arbeit bereits beschrieben, ist zur Erfassung der Depressivität die Erlanger Depressionsskala (EDS) verwendet worden.

Wie LEHRL und GALLWITZ (22) berichten, ist das Verfahren hauptsächlich zur Diagnose bei endogen Depressiven angewandt worden.

Wenn auch signifikante Unterschiede bei uns ausblieben, so lassen sich doch einige Tendenzen ableiten. Es zeigt sich, daß bei Alkoholkranken mit der Schwere der Depression auch das Suicidrisiko anstieg (Tab. 51/52/53).

Das heißt, insgesamt ca. 1/3 (33 %) der Patienten mit schweren Depressionen haben Selbstmordversuche unternommen. Während die Selbsttötungsversuche in der Gruppe der Patienten mit keiner feststellbaren depressiven Symptomatik 10 % betrugen. (Tab. 51) Bei der Betrachtung der Depressionszustände sollte allerdings berücksichtigt werden, daß unsere Patienten nach dem 30. Lebensjahr zum erstenmal klinisch auffällig wurden und häufig ein höheres Durchschnittsalter ausweisen, als das bei den Untersuchten von Th. CHARITANTIS (9) der Fall ist. Sowohl endogen bedingte Altersdepressionen (Involutionsdepressionen),

besonders aber reaktive Depressionen (abnorme Erlebnisreaktionen) besitzen in diesem Abschnitt ein größeres Gewicht, als das für jüngere Alkoholranke der Fall ist, so daß bei unseren untersuchten Patienten dieser Faktor stärker zum Tragen kommen könnte.

Tabelle 51: Suicidalität und selbstbeurteilte depressive Symptomatik

Suicidalität	keine		leichte		schwere	
	Anzahl %		Anzahl %		Anzahl %	
ohne Suicid-tendenzen	14	74 %	10	45 %	3	33 %
mit Suicid-gedanken	3	16 %	7	32 %	3	33 %
mit Suicid-versuchen	2	10 %	5	23 %	3	33 %
zusammen	19	100 %	22	100 %	9	100 %

Tabelle 52: Suicidalität und depressive Stimmung

Suicidalität	keine		leichte		schwere	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne Suicid-tendenzen	14	67 %	10	56 %	2	27 %
mit Suicid-gedanken	4	19 %	4	22 %	5	46 %
mit Suicid-versuchen	3	14 %	4	22 %	3	27 %
zusammen	21	100 %	18	100 %	11	100 %

Tabelle 53: Suicidalität und Einschränkung der Expansivität

Suicidalität	keine		leichte		schwere	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne Suicid-tendenzen	16	64 %	10	50 %	1	20 %
mit Suicid-gedanken	4	16 %	7	35 %	2	40 %
mit Suicid-versuchen	4	20 %	3	15 %	2	40 %
zusammen	25	100 %	20	100 %	5	100 %

Zum Schluß sollen die Auswirkungen geistiger, intellektueller Fähigkeiten auf die Suicidalität überprüft werden.

Zur Erfassung des Intelligenzniveaus wurde das bereits beschriebene Testverfahren, der MWT - B verwendet. Wenn auch signifikante Zusammenhänge nicht nachzuweisen waren, so fällt doch auf, daß die Mehrzahl der überdurchschnittlich intelligenten Patienten (75 %) frei von Suicidtendenzen waren. Demgegenüber wiesen lediglich die Hälfte aller unterdurchschnittlich intelligenten Personen (50 %) keine Suicidtendenzen auf. Auch bei den konkreten Selbstmordhandlungen (Suicidversuche) ließen sich Unterschiede zwischen den beiden Gruppen feststellen. Lediglich 8 % der überdurchschnittlich intelligenten Alkoholkranken haben Suicidversuche unternommen, bei den unterdurchschnittlich intelligenten Suchtkranken waren es immerhin 17 %.

Am gefährdetesten waren die durchschnittlich intelligenten, älteren Suchtkranken, bei denen lediglich 47 % keine Suicidtendenzen aufwiesen, aber immerhin 1/4 (25 %) schon Suicidversuche unternommen haben. (Tab. 54)

Diese Werte gewinnen eine noch größere Bedeutung, wenn sie mit den Ergebnissen von Th. CHARITANTIS verglichen werden, deren Patienten ja schon viel früher (vor dem 30. Lebensjahr) klinisch auffällig und auch durchschnittlich ein viel jüngeres Alter aufwiesen. In ihrer Untersuchung kam die Autorin zu gänzlich entgegengesetzten Ergebnissen. Dort zeigte sich, daß lediglich nur 33 % der überdurchschnittlich intelligenten jüngeren Alkoholkranken frei waren von Suicidtendenzen, d.h.

anders ausgedrückt, daß 77 % der jugendlichen, hochintelligenten Alkoholiker zu Suicidtenzen neigten, 45 % von ihnen sogar schon Suicidversuche unternommen hatten.

Tabelle 54: Suicidalität und Intelligenzniveau

Suicidalität	überdurchschnittlich		durchschnittlich		unterdurchschnittlich	
	Anzahl %		Anzahl %		Anzahl %	
ohne Suicid-tendenzen	9	75 %	15	47 %	3	50 %
mit Suicid-gedanken	2	17 %	9	28 %	2	33 %
mit Suicid-versuchen	1	8 %	8	25 %	1	17 %
zusammen	12	100 %	32	100 %	6	100 %

Demgegenüber neigten die Hälfte der unterdurchschnittlich intelligenten Alkoholiker zu Suicid-tendenzen und keiner dieser Gruppe unternahm einen Suicidversuch.

Diese unterschiedlichen Ergebnisse könnten die Vermutung nahelegen, daß hochintelligente, jüngere alkoholkrankte Menschen aufgrund ihrer geistigen Kapazitäten ihre schwierige Situation, bedingt durch die Alkoholismuserkrankung, sowie den resultierenden schwierigen sozialen Verhältnissen (Arbeitslosigkeit, finanzielle Schwierigkeiten, Eheprobleme), sehr genau einschätzen können und an dieser oft ausweglosen Situation eher verzweifeln, so daß letztlich der Selbstmord als einzig mögliche Problemlösung übrig bleibt.

Demgegenüber ist bei den älteren hochintelligenten Alkoholkranken zu vermuten, daß diese Patienten es bis zu einem gewissen Grade noch verstanden haben, anfallende Probleme einigermaßen meistern zu können. So sind diese Patienten auch erst relativ spät klinisch aufgefallen, berichten seltener über finanzielle Probleme und sind meist auch noch berufstätig.

Hiermit sei die Darstellung und Interpretation der gewonnenen Ergebnisse abgeschlossen.

Im letzten Teil der Arbeit, im Diskussionsteil, sollen noch einmal die wichtigsten Ergebnisse zusammenfassend dargestellt werden.

Weiterhin soll versucht werden, einen Prägnanztyp zu skizzieren, der typische Merkmale jener Alkoholkranken aufweist, dessen erste klinische Einweisung erst nach dem 30. Lebensjahr erfolgte.

Unser hier gefundener Prägnanztyp soll mit jenem von Th. CHARITANTIS (9) verglichen werden.

Zum Schluß werden zur Unterstützung unserer Aussagen mehrere kasuistische Belege herangezogen.

4. Diskussion

=====

Ein Hauptanliegen dieser Arbeit bestand darin, eine detaillierte Beschreibung jener Patientengruppe zu ermöglichen, die zwar allgemein als sehr stark suicidgefährdet angesehen wird, wovüber es aber nur relativ wenige wissenschaftliche Untersuchungen gibt.

Gemeint sind solche alkoholkranke Patienten, deren erste klinische Einweisung nach dem 30. Lebensjahr erfolgte.

Bei der Beschreibung unserer untersuchten Patienten fiel bereits auf, daß knapp die Hälfte (46 %) unserer untersuchten Patienten beiderlei Geschlechts, Suicidtendenzen aufwiesen (26 %) oder gar Suicidversuche (20 %) unternommen hatten. Zwar sind die hier gefundenen Werte geringer als die Ergebnisse von Th. CHARITANTIS (9), die ja Alkoholkranke mit erster klinischer Einweisung vor dem 30. Lebensjahr untersuchte, doch muß auch für unsere untersuchten Patienten festgehalten werden, daß jeder 2. Alkoholiker, der erstmalig nach dem 30. Lebensjahr wegen Alkoholismus in eine Klinik eingewiesen wird, stark suicidgefährdet ist.

Wegen des sehr hohen Suicidrisikos, dem alkoholkranke Menschen ausgesetzt sind, ist versucht worden, jene Faktoren ausfindig zu machen, die einen großen Einfluß auf die Suicidalität bei Alkoholikern ausüben können.

Als Hauptergebnis unserer Untersuchung muß demnach folgendes festgehalten werden:

Bei älteren alkoholkranken Menschen (Durchschnittsalter ca. 40 Jahre) wird die Höhe des Suicidrisikos sehr stark durch die Qualität der ehelichen Partnerschaft bestimmt. Es konnte im Rahmen dieser Arbeit nachgewiesen werden, daß jene Alkoholranke, die ihre Ehe bzw. Partnerschaft als zerrüttet bezeichnen, 8 mal häufiger Suicidversuche unternehmen als Suchtkranke, deren Ehe noch intakt ist. Das Ausmaß der suicidalen Gefährdung von alkoholkranken Patienten vergrößert sich weiterhin, wenn man bedenkt, daß knapp die Hälfte unserer Patienten (48 %) über Eheprobleme und Schwierigkeiten in der ehelichen Partnerschaft klagen. Dieses Ergebnis stellt für den Arzt eine echte Herausforderung dar, sowohl hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens, als auch bezüglich einer effektiven Suicidprophylaxe. Neben einer primären Behandlung der Grundkrankheit (Alkoholismus) scheint es besonders bei älteren Alkoholikern sehr wichtig zu sein, die nächsten Familienmitglieder in den Behandlungsprozeß mit einzubeziehen.

Was BÖCKER (4) allgemein für eine erfolgreiche Therapie von Suicidgefährdeten empfiehlt, nämlich die Einbeziehung der Angehörigen des Patienten, gilt in verstärktem Maße bei der Behandlung suicidalgefährdeter Alkoholkranker. So konnte BÖCKER (4) an Hand katamnestischer Daten belegen, daß die Einbeziehung der Familienmitglieder und anderer enger Bezugspersonen wesentlich für den Behandlungserfolg ist.

"Wenn es nicht gelang, die betreffenden Personen-
gruppen in die Therapie einzubeziehen, so waren die
Ergebnisse auch intensivster Bemühungen von Fach-
leuten mitunter sehr unbefriedigend (BÖCKER (4, S.855))."
Will man Suicidprophylaxe bei Alkoholkranken nicht
als Utopie ansehen, sondern wie BÖCKER (4) als eine
reale Möglichkeit, so setzt dies voraus, daß der
Arzt Kenntnisse über suicidgefährdete Gruppen be-
sitzt und in der Lage ist, selbstgefährdete Einzel-
personen diagnostisch erkennen zu können. Dabei
steht besonders der Arzt für Allgemeinmedizin vor
einem schwierigen differentialdiagnostischen Problem.
Es ist allgemein bekannt, daß ca. 50 % - 70 % der
Menschen, die durch Suicid ums Leben kommen, vorher
einen Arzt aufgesucht haben (BIENER (2)), (BÖCKER (4)).
Um eine effektive Suicidprophylaxe betreiben zu
können ist es erforderlich, daß der jeweilige Arzt
in der Lage ist, eine potentielle Suicidneigung
erkennen zu können und zwar noch bevor der Patient
konkrete Pläne für die Suicidhandlung entwickeln
kann.

Um die Suicidgefährdung bei älteren alkoholkranken
Patienten differentialdiagnostisch abklären zu kön-
nen, sollten folgende Punkte während der ärztlichen
Exploration genauer beachtet werden:

1. Ist der Patient an Alkoholismus erkrankt
(Ausmaß und Schwere der Erkrankung
spielen dabei eine untergeordnete
Rolle)

2. Wie erlebt der Patient seine Ehe bzw. Partnerschaft

- treten häufig zwischenmenschliche Konflikte auf-
- bezeichnet der Patient seine Partnerschaft als zerrüttet-
- ist der "soziale Lebensraum" gar auseinandergebrochen-
- ist die Scheidung einem der Partner angedroht worden -
- fühlt sich der Patient von seinem Partner nicht mehr verstanden

3. In welchem Alter befindet sich der Patient

4. Zu welchem Zeitpunkt wurde der Patient erstmals klinisch auffällig.

Die soeben skizzierten Fragestellungen könnten dem Arzt erste wichtige Anhaltspunkte für eine potentielle Suicidgefährdung bei älteren, alkoholkranken Menschen liefern.

Wie an anderer Stelle bereits erwähnt, wies von den untersuchten Umweltfaktoren bei älteren Alkoholkranken lediglich die Qualität der ehelichen Partnerschaft einen signifikanten Zusammenhang zur Suicidneigung auf. Wie durch die Arbeit von Th. CHARITANTIS (9) nachgewiesen werden konnte, üben externale Faktoren gerade bei jüngeren Alkoholkranken einen noch größeren Einfluß auf die Suicidalität aus. Für unsere Patientengruppe (erste klinische Einweisung nach dem 30. Lebensjahr)

spielen krankheitsexterne Faktoren (z.B. Arbeitslosigkeit, finanzielle Schwierigkeiten) hinsichtlich der Suicidneigung nur eine untergeordnete Rolle. Neben der ehelichen Partnerschaft müssen demnach eher solche Faktoren für die Suicidalität des Alkoholkranken von Bedeutung sein, die in der Krankheit selbst liegen (=krankheitsimmanente Faktoren).

Um aufzuzeigen, welche Wesensmerkmale für den älteren Alkoholkranken, mit erster klinischer Einweisung nach dem 30. Lebensjahr charakteristisch sind, soll im folgenden ein Prägnanztyp beschrieben werden. Hierbei ist zwischen beiden Geschlechtern unterschieden worden, da männliche und weibliche Alkoholiker zum Teil Differenzen aufweisen:

Prägnanztyp männlicher und weiblicher Alkoholiker mit erster klinischer

Einweisung nach dem 30. Lebensjahr

männlich
=====

40 - 50 Jahre alt

Facharbeiter / Handwerker

Konfessionszugehörigkeit:

evangelisch

gleichgültige religiöse Bindung

große Partnerschaftsprobleme

keine finanziellen Probleme

Gewohnheitstrinker

Abususbeginn: vor 20. Lebensjahr

Abusudauer: über 10 Jahre

kein Delir aufgetreten

Abhängigkeitsgrad: Chronische Phase

leichte depressive Symptomatik

weiblich
=====

30 - 40 Jahre alt

Angestellte / Beamtin

Konfessionszugehörigkeit:

evangelisch

gleichgültige religiöse Bindung

große Partnerschaftsprobleme

keine finanziellen Probleme

Konflikttrinkerin

Abususbeginn: 30. - 40. Lebensjahr

Abusudauer: 2 - 5 Jahre

kein Delir aufgetreten

Abhängigkeitsgrad: Chronische Phase

leicht-depressive Symptomatik

Zur weiteren Verdeutlichung unserer gefundenen Pränanztypen sollen zum Schluß noch einige Fallbeispiele angeführt werden:

1. Name, Vorname: G.E.
Geschlecht: weiblich
geboren: 1940
Alter: 39 Jahre
Familienstand: geschieden
Beruf: Verwaltungsangestellte
Religion: evangelisch
Einweisungs-
diagnose: Alkoholismus
Einweisungsmodus:freiwillig

Aus der Familien- und Sozialanamnese geht hervor: Vater 65 Jahre alt, Rektor, zur Zeit im Ruhestand, gesund. Mutter 62 Jahre alt, Hausfrau, gesund. Sie habe noch 3 gesunde Schwestern. Die Eltern haben eine gute Ehe geführt. Sie seien aber alle beide sehr streng zu den Kindern gewesen. Sie haben mit den Kindern öfters geschimpft und manchmal auch geschlagen, vorwiegend der Vater. Kein übermäßiger Alkoholkonsum oder suicidale Tendenzen bei anderen Familienmitgliedern. Die Patientin sei bei den Eltern ausgewachsen. Sie habe 5 Jahre die Volksschule besucht, dann 6 Jahre die Oberschule und 1 Jahr die Handelsschule. Seitdem als Verwaltungsangestellte tätig. Sie habe 1970 geheiratet. Der Ehemann sei 2 Jahre älter, ebenso Verwaltungsangestellter und gesund. Aus der Ehe stamme ein Kind, jetzt 8 Jahre alt und krank (es sei mit Spreizfüßen zur Welt gekommen und mußte deswegen öfters operiert werden). 1976 sei die Ehe auseinandergegangen. 1978 - 1979

haben die Eheleute versucht, wieder zusammenzuleben. Während dieser Zeit habe die Patientin gemerkt, daß ihr ehemaliger Mann weiterhin ein Verhältnis zu seiner Freundin pflegte. Aus diesem Grunde seien neue Konfliktsituationen aufgetreten. Sie haben wieder vor, zu heiraten. Die Patientin sei jedoch so mißtrauisch geworden, daß sie momentan mit einer neuen Eheschließung nicht einverstanden sei. Bezüglich ihrer Alkoholkrankheit gibt sie an, sie habe praktisch dem Alkoholkonsum zugesprochen erst nach ihrer Scheidung 1976. Vorher habe sie nur gelegentlich beim Ausgehen getrunken. Nach ihrer Scheidung habe sie aber richtig mit dem Alkohol angefangen. Sie habe pro Tag 1/4 Liter Schnaps und 1-2 Flaschen Wein getrunken. Trotz mehrerer Entgiftungen und einer Langzeitbehandlung sei sie immer wieder rückfällig geworden. Als Grund für den letzten Rückfall gibt sie wieder die Konfliktsituationen mit ihrem Ehemann an. Als sie zum letzten Mal wieder in Erfahrung gebracht habe, daß ihr ehemaliger Mann weiterhin ein Verhältnis mit seiner Freundin gepflegt habe, sei sie so verzweifelt gewesen, daß sie nicht mehr habe leben wollen. Sie habe deswegen ihre Pulsader aufgeschnitten. Sie sei von ihren Eltern in ihrem Zimmer aufgefunden und ins Krankenhaus gebracht worden. Über die Tiefe ihrer religiösen Bindung befragt, sagt sie, daß sie an Gott glaube, eine nähere Bindung an die Kirche hätte sie nicht (zu dem Thema Gott habe sie sich nie nähere Gedanken gemacht). Die Patientin zeigte eher eine gleichgültige religiöse Bindung. Ihre Stellungnahme zu dem Thema Selbstmord: Ein Selbstmord könne nur eine Kurzschlußhandlung sein.

2. Initialien: S.H.

40-jähriger Mann

Beruf: Maurer

geschieden

evangelisch

Aus der Familien- und Sozialanamnese geht hervor, daß der Vater des Patienten mit 35 Jahren, als der Patient 3 Jahre alt war, im Krieg gefallen sei. Noch 2 ältere Geschwister und noch ein jüngerer Stiefbruder der außerehelich geboren sei, seien bei der Mutter aufgewachsen, die allerdings unverheiratet zusammen mit ihrem Freund gelebt habe. Dieser sei ein sehr "böser Mensch" gewesen. Es habe viel Krach daheim gegeben. Er habe öfters mit der Mutter gestritten und die Kinder öfters geschlagen. Herr S. habe erst 8 Jahre die Volksschule besucht, dann eine Lehre als Maurer absolviert. Dann sei er 2 Jahre lang als Matrose zur See gefahren. Nachdem, und immer noch bis heute, in seinem Beruf als Maurer tätig. Bis jetzt habe er verschiedene Firmen gewechselt. Er habe 1965 geheiratet. Aus der Ehe stammen 2 gesunde Kinder, die jetzt zwischen 14 und 10 Jahren alt seien. Seine Frau habe 1973 die Scheidung eingereicht, da es aufgrund seines Alkoholmißbrauchs zuhause des öfteren Konfliktsituationen gegeben habe. Die Kinder leben bei ihrer Mutter. Sie haben kaum Kontakt zu ihrem Vater. Er habe anfangs die Kinder nicht sehen wollen. Später habe er wieder zu den Kindern Kontakt aufnehmen wollen. Die Kinder wollen aber jetzt nichts mehr von ihm wissen. Er lebe seit 2 Jahren mit seiner Freundin zusammen. Sie haben auch in der letzten Zeit des öfteren und auch wieder aufgrund seiner

Trinkerei gestritten. Bezüglich seiner Alkoholkrankheit gibt er an:

Er habe bereits vor dem 20. Lebensjahr dem Alkohol zugesprochen. Irgendwelche besonderen Gründe kann er nicht angeben. Er habe entweder mit seinen Freunden in den verschiedensten Lokalen getrunken oder zuhause, weil er sonst nichts mit sich habe anfangen können. Das "Trinken" sei mit der Zeit Gewohnheit geworden. Anfangs habe er 5-6 Flaschen Bier pro Tag getrunken. Die Alkoholmenge habe sich allmählich bis zu 10 Flaschen Bier pro Tag gesteigert. In den letzten 4 Jahren habe er mit Wein und Schnaps begonnen. Etwa 2 Flaschen Wein und 1/2 Flasche Kognak täglich.

Seine Stellungnahme dem Alkoholmißbrauch gegenüber: Alkohol schadet dem Menschen seelisch und körperlich. Über seinen Selbstmordversuch, der im Jahr 1973 stattgefunden habe, berichtet er:

Nach seiner Scheidung sei er ganz depressiv gewesen. Er wollte nicht, daß seine Ehe auseinandergehe. Nach der Scheidung wußte er nicht, warum er weiterleben sollte. Eines Tages, nachdem er etwas mehr getrunken habe, sei er plötzlich auf die Idee gekommen, seinem Leben ein Ende zu bereiten. Er habe dafür 20 Schlaftabletten eingenommen. Er sei in einer Gastwirtschaft gewesen. Er sei im bewußtlosen Zustand auf der Toilette aufgefunden und dann ins Krankenhaus eingeliefert worden. Er sei schließlich noch gerettet worden. Seine Stellungnahme der Suizidalität gegenüber:

So etwas würde er in nüchternem Zustand nicht so einfach unternehmen. "Ein Selbstmord unternimmt derjenige, der zu feige ist weiterzuleben."

Über die Tiefe seiner religiösen Bindung befragt, sagt er : Er glaube schon, daß es einen Gott gebe, näher habe er sich aber nicht mit der Religion befaßt. Der Patient zeigte eher eine gleichgültige Bindung.

5. Zusammenfassung

=====

Im Rahmen dieser Arbeit sind 50 alkoholranke Patienten beiderlei Geschlechts, mit erster klinischer Einweisung wegen Alkoholismus nach dem 30. Lebensjahr untersucht worden. Wichtige Merkmale sind zur Beschreibung der vorliegenden Patientengruppe extrahiert worden:

1. Alter und Geschlecht
2. Soziologische Merkmale
3. Alkoholismusrelevante Merkmale
4. Suicidalitätsrelevante Merkmale

Im zweiten Teil der Arbeit sind mögliche Bedingungsfaktoren, die Einfluß auf die Suicidalitätsneigung bei Alkoholkranken ausüben können, diskutiert worden. Gefundene Zusammenhänge sind mit Hilfe statistischer Verfahren auf ihre Signifikanz überprüft worden. Es konnte nachgewiesen werden, daß jene Alkoholranke, die ihre Ehe bzw. Partnerschaft als zerrüttet bezeichneten, 8 mal häufiger Suicidversuche unternehmen als solche Suchtkranke, deren Ehe noch intakt ist. Insofern bestimmt die Qualität der ehelichen Partnerschaft besonders bei älteren Alkoholikern entscheidend die Höhe des Suicidrisikos.

Weiterhin konnte geprüft werden, daß bei älteren Alkoholkranken andere krankheitsexterne Faktoren (z.B. sozialer Abstieg, Arbeitsplatzverlust, finanzielle Probleme) keine oder nur eine geringfügige Auswirkung auf die Suicidalität ausüben.

Aus den gefundenen Ergebnissen konnten wichtige Implikationen für die ärztliche Praxis und für eine effektivere Suicidprophylaxe bei Alkoholkranken abgeleitet werden.

6. Literaturverzeichnis

=====

1. ANTONS, A. Therapie des Alkoholismus
 Methoden und Probleme
 Nicol, Kassel (1976)
2. BIENER, K. Selbstmord - noch viele
 ungelöste Aufgaben
 Psycho 6 (1981) 395-398
3. BÖCKER, F. Suicide und Suicidversuche
 Thieme, Stuttgart (1973)
4. BÖCKER, F. Möglichkeiten zur Suicid-
 prophylaxe und nachgehender
 Fürsorge
 Öffentliches Gesundheitswesen
 41 (1979) 850-856
5. BÖCKER, F. Suicidalität -Diagnose und
 Therapie
 Psycho 7 (1980) 331
6. BÖCKER, F. Suicidalität bei Alkoholismus.
 In: Krankheit Alkoholismus
 H.H. Wieck , A. Schrader
 H. Daun, R. Witkowski (Hrsg)
 perimed - Erlangen (1982)
7. BOESTEN, H. Selbstmordversuche
 Psychologie Heute 10 (1982) 64-71

8. BORTZ, J. Statistik
Springer Berlin
-Heidelberg - New York (1979)
9. CHARITANTIS, Th. Suicidalität bei Alkoholismus - Untersuchungen an Patienten mit 1. klinischer Einweisung vor dem 30. Lebensjahr.
Diss. Erlangen (1982)
10. DAVIDSON, G.C./
O'NEALE J.M. Klinische Psychologie
Urban und Schwarzenberg,
München (1979)
11. CLAUS, G./
EBNER, H. Grundlagen der Statistik
2. Auflage Deutsch Zürich (1975)
12. DEUTSCHE HAUPT- Alkoholismus
STELLE GEGEN DIE Eine Information für
SUCHTGEFAHREN Ärzte
Deutscher Ärzte-Verlag Köln
(1980)
13. FEUERLEIN, W. Alkoholismus - Mißbrauch und
Abhängigkeit 2. Auflage
Thieme, Stuttgart (1977)
14. FEUERLEIN, W. Suicidale Verhaltensweisen
Psycho 7 (1980) 340-346

15. GAUPP, R. Über den Selbstmord
Amsterdam (1929)
16. GECK, K. Es ist keine Schande, Alko-
holiker zu sein
Psycho 6 (1981) 415-423
17. GRUHLE, H.W. Selbstmord
Thieme, Leibzig (1940)
18. HARSCH, H. Alkoholismus, Schritte zur
Hilfe
2. Auflage, Kaiser, München
(1980)
19. HELLER, K./
ROSEMAN, B. Planung und Auswertung
empirischer Untersuchungen
Klett, Stuttgart (1974)
20. HUBER, G. Psychiatrie
2. Auflage, Schattauer, S
Stuttgart-New York (1978)
21. KUEFFNER, H. Zur Persönlichkeit von
Alkoholabhängigen
Vortrag deutsche Hauptstelle
gegen Suchtgefahren
Bad Kissingen (1981)
unveröffentlichtes Manuskript
22. LEHRL, S./
GALLWITZ, A. Erlanger Depressionsskala
Reihe Psychopathometrie
Vless, Vaterstädten-
München (1977)

23. LUNGERSHAUSEN, E. Zur Nosologie suicidalen Handlungen
Psycho / (1980) 336-339
24. POHL, H. et al. Projekt "Trinkverhalten und Trinkprobleme"
Ergebnisbericht für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Köln (1974)
25. RIETH, E. Besonderheiten des Frauenalkoholismus
Das öffentliche Gesundheitswesen 39 (1977) 1-66
26. RINGEL, E. Der Selbstmordversuch
Mandrich
Wien- Düsseldorf (1953)
27. RINGEL, E. Selbstmordverhütung HUBER
(Hrsg.) Berlin - Stuttgart - Wien
(1969)
28. RUCH, F.L./ Lehrbuch der Psychologie
ZIMBARDO, P.G. 2. Auflage
Springer, Berlin-Heidelberg
(1975)
29. RUEGSEGGER, P. Selbstmordversuche
Psychiatrie - Neurologie 146
(1963) 81-104

30. SIMSON, G. Die Suicidalität
Eine vergleichende Betrachtung
Beck, München (1976)
31. SCHNEIDER, R. Stationäre Behandlung von
Alkoholabhängigen
Röttger, München (1982)
32. SCHOLZ, H. et al. Beurteilung der Depressions-
tiefe bei chronischen Alkoholikern
Psycho 6 (1980) 317
33. SCHULTE, W./
TOLLE, R. Psychiatrie
Berlin - Heidelberg
4. Auflage Springer (1977)
34. STENGEL, E. Selbstmord und Selbstmord-
versuch
Fischer, Frankfurt (1969)
35. STRASSER, G.R.M. Zykllothyme Depression und
Suicidalität - Untersuchungen
an Patienten mit Erkrankungs-
beginn vor dem 40. Lebensjahr
Diss. Erlangen (1976)
36. WEIG, W.F.J. Zykllothyme Depression und
Suicidalität - Untersuchungen
an Patienten mit Erkrankungs-
beginn nach dem 40. Lebensjahr
Diss. Erlangen (1976)

Lebenslauf

Am 13.05.1938 wurde ich als erster Sohn des Ordinarius Dr.Dr.phil.rer.nat. Basileios Charitantis und seiner Ehefrau Euterpe, geb. Baltas, in Thessaloniki/Griechenland geboren.

Schulbesuch:

6 Jahre Volksschule. 1951 humanistisches Gymnasium. Im Februar 1958 Apolyterion.

Studium:

Studienkolleg und Medizinstudium an den Universitäten Göttingen und Erlangen - Nürnberg.

Im Februar 1964 naturwissenschaftliche Vorprüfung an der Universität Erlangen - Nürnberg.

1964 Immatrikulation an der Aristoteles - Universität in Thessaloniki.

Am 26.02.1972 Staatsexamen.

Am 04.07.1972 Approbation.

Beruf:

Von April 1972 bis April 1973 Militärdienst als Militärarzt.

Vom 21.07.1973 bis 31.01.1975 psychiatrisches Krankenhaus - Thessaloniki.

Vom 15.07.1975 bis 15.08.1981 Nervenkrankenhaus Bayreuth des Bezirks Oberfranken.

Am 17.11.1980 Anerkennung als Arzt für Neurologie und Psychiatrie (durch die Bayerische Landesärztekammer).

Am 14.05.1981 Deutsche Approbationsurkunde (durch das Bayerische Staatsministerium des Innern).

Seit dem 01.10.1981 bis dato Chefarzt der Fachklinik auf der Egge in Oeventrop (Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige).

Privat:

Am 05.05.1973 heiratete ich meine Frau und Fachkollegin Frau Thomae, geborene Andreadakis. Zwei Kinder: Basileios (geb. 12.09.73 in Thessaloniki) und Alexandra-Melina (geb. 15.04.77 in Bayreuth).

5760 Arnsberg 2 - Oeventrop, im Dezember 1983

